



EBIPAV

Ente Bilaterale Settore Panificazione del Veneto

Modulo Richiesta Rimborso Integrazione INFORTUNIO (M-INF)

Dati ANAGRAFICI LAVORATORE

Cognome* _____ Nome* _____

Nato a _____ il _____ cittadinanza _____

Residente in _____ Pr (____) Cap _____ Città _____

Cod. Fiscale* [____][____][____][____][____][____][____][____][____][____][____][____][____][____][____] Matricola INPS _____

Matricola INAIL _____ assunto il _____ fine rapporto _____ T.D. SI NO

liv.inquadr. _____ rapporto PT % _____ apprendista SI NO fine apprendistato _____

Dati evento infortunio e calcolo rimborso

Tipologia rimborso		<input type="checkbox"/> RIMBORSO COMPLETO	<input type="checkbox"/> ANTICIPAZIONE/ACCONTO (minimo bimensile) N° _____	<input type="checkbox"/> SALDO
Estremi evento infortunio:		data ed ora del sinistro _____		data guarigione clinica _____
Descrizione sinistro _____				
Periodo Ricovero:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	data inizio _____	data fine _____ GG. N° _____
Periodi da decurtare per assenza controlli:		GG. N° _____	dal _____	al _____
Nota bene: Si richiede l'invio del prospetto di liquidazione INAIL appena in possesso				
Importo retribuzione mensile (mese evento)		Nota bene: aliquota INPS (CTR) contributiva utilizzata per calcolo lordizzazione:		
Integrazione conto INAIL (nel periodo di liquidazione)		<input type="checkbox"/> 9,19% = Impiegati e operai di aziende artigiane o aziende industriali con un numero di dipendenti < a 15		
Importo lordizzato (L) (INAIL x 100 : (100 - CTR))		<input type="checkbox"/> 9,49% = Impiegati e operai di aziende industriali con un numero di dipendenti > a 15		
		<input type="checkbox"/> 5,84% = Apprendisti e apprendisti qualificati di aziende artigiane o aziende industriali con un numero di dipendenti < a 15		
		<input type="checkbox"/> 6,14% = Apprendisti qualificati di aziende industriali con un numero di dipendenti > a 15		
Importo retributivo erogato totale per evento, nel rispetto integrale del CCNL e contratto regionale (E)		<input type="checkbox"/> giorni N° [_____]	<input type="checkbox"/> ore N° [_____]	
Incidenza ratei 13a e 14a (R)		Calcolare (E x 2/12)		
Integrazione carico ditta da rimborsare (E + R - L)				

Dichiarazione Sostitutiva di atto di notorietà per la richiesta di rimborso

(i dati della presente dichiarazione possono essere sottoposti a verifica da parte di EBIPAV)

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, di aver preso visione dei regolamenti EBIPAV, delle condizioni generali e particolari per la richiesta di rimborso sopra esposta confermando inoltre che corrispondono al vero i dati e le informazioni contenuti nel presente modulo e nei suoi allegati.

Luogo e data _____

TIMBRO E FIRMA Titolare/Legale Rappresentante

Spazio Riservato all'amministrazione

Protocollo [_____] data Ricezione [_____] Anno competenza [_____] Codice Azienda [_____]

Verifica regolarità versamenti SI NO Verifica requisiti SI NO Allegati presenti/completi [_____]

Data eventuale sospensione [_____] Motivazioni [_____]

Esito Finale [_____] Controllo effettuato da [_____] il [_____]

Note _____



INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI

ai sensi degli artt. 13 e 14 GDPR (Reg. UE 679/2016) e art. 13 D.Lgs. n. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che i dati da Lei forniti, ai sensi della legislazione in vigore, vengono trattati per il fine esclusivo della gestione del rapporto associativo. Il conferimento dei dati è dunque strettamente funzionale all'instaurazione di tale rapporto, il quale senza i dati richiesti potrebbe non essere, in tutto o in parte, eseguito. I dati saranno trattati con modalità e procedure effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici necessari per il fine indicato, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza. I suoi dati potranno essere conosciuti solo da soggetti specificatamente autorizzati a trattarli in qualità di responsabili o incaricati, di volta in volta individuati e coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni e comunque in conformità alle istruzioni ricevute. I suoi dati personali saranno trattati con misure di sicurezza adeguate a ridurre al minimo i rischi di distruzione e/o perdita, accesso non autorizzato e/o illecito trattamento. I suoi dati non sono soggetti a diffusione. Per lo svolgimento delle attività connesse al vincolo associativo i suoi dati potranno essere comunicati a soggetti terzi e da questi trattati esclusivamente per le finalità di gestione dei servizi assicurativi e/o di elaborazione ed invio di materiale informativo sulle attività dell'Ente. L'elenco aggiornato dei responsabili e delle società incaricate per l'elaborazione ed invio del materiale informativo, potrà essere da Lei conosciuto facendo specifica richiesta all'Ente. L'Ente, inoltre, potrà rivolgersi ad Enti Pubblici ed ai datori di lavoro per verificare la correttezza e la liceità dei trattamenti. I dati saranno trattati per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle prestazioni assicurative richieste e connesse al vincolo associativo. I dati saranno conservati solo per il tempo necessario alle finalità di legge. Successivamente saranno distrutti i formati cartacei ed ogni supporto informatico/elettronico ove siano contenuti e ove si faccia in qualsiasi modo riferimento ai dati trattati. In qualità di interessato ha diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati presso l'Ente, di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza e richiederne l'integrazione, l'aggiornamento e/o la rettifica; ha inoltre il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco dei dati qualora trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento. Ogni richiesta, segnalazione e/o comunicazione potrà essere inviata al titolare del trattamento o al DPO incaricato, a mezzo mail: info@ebipav.it. Il titolare del trattamento dati è EBIPAV con sede legale in Via Forte Tomba n. 24 – Fr. Cadidavid – 37135 Verona – email: info@ebipav.it

AUTORIZZAZIONE ED ACCETTAZIONE

Ricevuta da EBIPAV la presente informativa, il sottoscritto autorizza EBIPAV al trattamento dei propri dati, compresi quelli sensibili, ed in particolare ad inserire e conservare in un suo archivio/banca dati elettronica, tutti i dati contenuti nella presente scheda; autorizza EBIPAV ad inviargli comunicazioni scritte/telefoniche relative ad iniziative e servizi proposti dall'Ente medesimo. Il sottoscritto potrà far valere i propri diritti rivolgendosi al titolare del trattamento nella persona del rappresentante legale dell'Ente.

TIMBRO E FIRMA

.....
(Luogo e Data)

.....
(Titolare/legale rappresentante)

N.B.: la presente Scheda può essere trasmessa tramite e-mail a: info@ebipav.it