



# EBIPAV

Ente Bilaterale Settore Panificazione del Veneto

## Modulo Richiesta Rimborso Integrazione MALATTIA (M-MAL)

### 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 malattia e calcolo rimborso

#### Tipologia prestazione

(M-MOP) MALATTIA OPERAI     (M-MAO) MALATTIA APPRENDISTI OPERAI     (M-MAI) MALATTIA APPRENDISTI IMPIEGATI  
 (M-MII) MALATTIA IMPIEGATI con anzianità inf. 10 anni     (M-MIS) MALATTIA IMPIEGATI con anzianità sup. 10 anni

Tipologia rimborso     RIMBORSO COMPLETO     ANTICIPAZIONE/ACCONTO (minimo bimensile) N° [\_\_\_\_]     SALDO

Estremi evento malattia: data inizio \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_ Integrazione INPS    si  no  evento nell'anno N° \_\_\_\_\_

Codice identificativo dell/i certificato/i di malattia [\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_] [\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_] [\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_]

Periodo Ricovero:    si  no     data inizio \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_ GG. N° \_\_\_\_\_

Periodi da decurtare per assenza controlli: GG. N° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Importo retribuzione mensile (mese evento)

Integrazione conto INPS (nel periodo di liquidazione)

Importo lordizzato (L) (INPS x 100 : (100 - CTR))

Nota bene: aliquota INPS (CTR) contributiva utilizzata per calcolo lordizzazione:  
 9,19% = Impiegati e operai di aziende artigiane o aziende industriali con un numero di dipendenti < a 15  
 9,49% = Impiegati e operai di aziende industriali con un numero di dipendenti > a 15  
 5,84% = Apprendisti e apprendisti qualificati di aziende artigiane o aziende industriali con un numero di dipendenti < a 15  
 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)

Integrazione al 100%  
 giorni N° [\_\_\_\_]  
 ore N° [\_\_\_\_]

Integrazione al 50%  
 giorni N° [\_\_\_\_]  
 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](mailto: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](mailto: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](mailto:info@ebipav.it)