

## **CAS.SA.COLF APPENDICE REGOLAMENTO COVID-19**

A causa della situazione socio-sanitaria del nostro paese, la CAS.SA.COLF, di comune accordo tra Parti Sociali, ha redatto il presente documento al fine di aiutare i suoi iscritti a fronteggiare l'emergenza sanitaria COVID-19.

### **Art. 1 (PRESTAZIONI PER I POSITIVI AL COVID-19)**

La CAS.SA.COLF provvede a corrispondere ai dipendenti iscritti:

- Indennità Giornaliera in caso di Ricovero;
- Indennità Giornaliera in caso di Convalescenza;
- Indennità per figli a carico;
- Rimborso per materiale sanitario riabilitativo;
- Rimborso per visite domiciliari.

Il tutto come qui di seguito specificato:

**1.1.** La CAS.SA.COLF, in collaborazione con UniSalute, in caso di ricovero con pernottamento in strutture ospedaliere, riconosce al lavoratore iscritto la corresponsione di un'indennità di € 40,00 per ogni notte di ricovero per un periodo non superiore a 50 giorni annui.

**1.2.** La CAS.SA.COLF, in collaborazione con UniSalute, secondo le prescrizioni dei sanitari e con attuazione delle disposizioni in esso contenute, qualora si renda necessario un periodo di isolamento domiciliare, eroga al lavoratore un'indennità di € 40,00 al giorno per un periodo non superiore a 14 giorni annui.

La diaria giornaliera per isolamento domiciliare verrà corrisposta anche qualora l'iscritto non abbia subito un ricovero.

**1.3.** La CAS.SA.COLF, in aggiunta al punto 1.1. e al punto 1.2., riconosce una diaria giornaliera di € 40 per un periodo non superiore a 14 giorni annui, per i lavoratori che abbiano almeno un figlio minorenni anagraficamente convivente risultante dallo stato di famiglia.

**1.4.** La CAS.SA.COLF, rimborsa tutti i materiali sanitari utilizzati per il periodo di cura domiciliare (farmaci, bombole di ossigeno e saturimetro), a seguito di presentazione di apposita documentazione comprovante l'acquisto del materiale e la prescrizione del medico curante.

La disponibilità una tantum per la presente garanzia è di € 200,00 per iscritto.

**1.5.** In caso di visite domiciliari o extradomiciliari da parte di personale medico o infermieristico per interventi resi necessari per contrastare l'epidemia, la CAS.SA.COLF riconosce al lavoratore, in aggiunta alla prestazione delle visite specialistiche di cui all'art. 7.4., un rimborso entro il limite complessivo di 100,00 euro annui sia erogate dal servizio sanitario nazionale che da privati.

### ***DOCUMENTI MEDICI NECESSARI PER LA RICHIESTA DELL'ART.1:***

*Per l'attivazione delle garanzie è necessario il referto del tampone che attesti la positività al virus COVID-19, rilasciato dalle Autorità competenti su conferma del Ministero della Salute e/o dell'Istituto Superiore di Sanità e la dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia allegata al presente verbale (**Allegato A**) solo per la prestazione Art.1.3. e il modulo richiesta prestazioni covid-19 (Allegato B) compilato nei campi per i quali si intende richiedere la prestazione.*

### **Art. 2 (PRESTAZIONI DI PREVENZIONE PER SOSPETTO COVID-19)**

**2.1.** La CAS.SA.COLF, qualora al lavoratore venga assegnato un provvedimento (certificato medico) per un periodo di quarantena con sorveglianza attiva o in permanenza domiciliare, viene riconosciuta una diaria di € 40 al giorno fino ad un massimo di 14 giorni annui.

### ***DOCUMENTI MEDICI NECESSARI PER LA RICHIESTA DELL'ART.2:***

*Per avere diritto alla prestazione, il lavoratore dovrà inviare a CASSACOLF il certificato con gli estremi del provvedimento e il modulo richiesta prestazioni covid-19 (Allegato B) compilato nei campi per i quali si intende richiedere la prestazione.*

### **Art.3 (PRESTAZIONE DI GENITORIALITÀ)**

#### **PRESTAZIONI RESE A LAVORATRICI MADRI PER SITUAZIONI DI DISAGIO PER EMERGENZA COVID-19**

La CAS.SA.COLF, rimborsa fino a € 200,00 una tantum:

**3.1.** Le spese sostenute per finalità di istruzione, scolastica o per servizi di baby sitting, per figli a carico o conviventi, fino al compimento del quinto anno di età, iscritti all'asilo o alla scuola dell'infanzia, o ospitati da centri diurni a carattere assistenziale;

**3.2.** le spese sostenute per l'assistenza domiciliare ai figli a carico o conviventi, che siano in condizione di non autosufficienza, fino al compimento del diciottesimo anno di età;

**3.3.** per bonus spesa, e cioè, fornitura di prodotti alimentari ovvero rimborso delle spese sostenute per le necessità di alimentare i figli fino al compimento del diciottesimo anno di età a carico o conviventi.

Le prestazioni di cui ai punti 3.1., 3.2. e 3.3. sono cumulabili fino alla concorrenza del massimale di € 200,00 complessivi.

#### ***DOCUMENTI MEDICI NECESSARI PER LA RICHIESTA DELL'ART.3:***

*Per avere diritto alle prestazioni, il lavoratore dovrà inviare a CASSACOLF la dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia allegata al presente verbale (Allegato A) e il modulo richiesta prestazioni covid-19 (Allegato B) compilato nei campi per i quali si intende richiedere la prestazione.*

### **Art.4 (PRESTAZIONI PSICOLOGICHE E PSICOTERAPEUTICHE)**

La CAS.SA.COLF, rimborserà un massimo di € 400,00 per persona e per anno, a seguito di presentazione di documentazione comprovante la frequentazione di sedute presso uno psicologo o presso uno psicoterapeuta regolarmente iscritti all'albo.

#### ***DOCUMENTI MEDICI NECESSARI PER LA RICHIESTA DELL'ART.4:***

*Per avere diritto alla prestazione, il lavoratore dovrà inviare a CASSACOLF le fatture comprovanti le sedute di terapia effettuate, il modulo richiesta prestazioni covid-19 (Allegato B) compilato nei campi per i quali si intende richiedere la prestazione e a la dichiarazione attestante il rapporto di lavoro in regime di convivenza (Allegato C).*

### **Art. 5 (PARERI MEDICI E CONSULTI IN VIDEO CONFERENZA)**

#### **5.1. SERVIZIO DI VIDEO CONSULTO MEDICO PER DIALOGARE A DISTANZA CON LO SPECIALISTA**

Considerata la sospensione di gran parte delle visite specialistiche presso le unità sanitarie locali e la chiusura di molti poliambulatori sul territorio, UniSalute ha lanciato il nuovo servizio di video consulto specialistico nelle varie discipline mediche.

Il video consulto garantisce un confronto diretto con lo specialista in tutti i casi in cui non sia necessario un contatto fisico, ad esempio per condividere i risultati di esami o referti, avere risposte a dubbi e domande sulle terapie, dialogare con il medico per eventuali approfondimenti, scambiarsi documenti.

[Come accedere al servizio](#)

- Contattare la Centrale Operativa UniSalute al **numero verde 800 00 96 38** richiedendo la prenotazione di una visita specialistica;
- Ricevere via mail direttamente dalla struttura sanitaria un link dedicato per il contatto video con un medico specialista;
- Collegarsi al video consulto tramite il computer o tramite device mobile, smartphone e tablet (è importante utilizzare i browser Google Chrome o Mozilla Firefox).

Durante la video chiamata puoi fare anche l'upload di referti e documenti, tienili a portata di mano in formato digitale prima del collegamento.

Alla fine del consulto lo specialista potrà rilasciarti anche la certificazione necessaria per l'acquisto dei farmaci.

Il servizio è completamente gratuito ed è rivolto esclusivamente agli Iscritti a CAS.SA.COLF.

#### **5.2. SERVIZIO DI TELECONSULTO MEDICO COVID-19 H24**

In caso di sintomi sospetti (es. febbre, tosse, problemi respiratori, ecc.), chiamando **il numero verde 800-212477**, puoi ricevere informazioni da un team di medici che rispondono h24 e 7 giorni su 7 alle chiamate di assistenza.

I medici, dopo una breve indagine telefonica per capire il livello di difficoltà e di urgenza, forniranno al chiamante le dovute informazioni del caso.

#### **Art. 6 (Contributi per accesso alle prestazioni)**

La CAS.SA.COLF, al fine di favorire l'accesso alle prestazioni, in deroga al regolamento ad oggi in essere, richiede la presentazione di almeno 2 trimestri di contribuzione, la cui somma non deve essere inferiore ad € 8.

Si precisa che, essendo stato sospeso il pagamento dei contributi di assistenza contrattuale, verranno accettati i trimestri precedenti; nella fattispecie, verranno presi a riferimento il 3° ed il 4° trimestre 2019 mediante verifica dei MAV.

#### **Art. 7 (Modulistica)**

Per la richiesta si deve utilizzare l'apposito stampato (**Modulo per prestazioni COVID-19**) il cui modello è allegato al presente regolamento, che deve essere debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto dal lavoratore.

A tale stampato deve essere allegata la documentazione richiesta sotto ogni prestazione.

La CAS.SA.COLF ha il diritto di richiedere la cartella clinica, nonché gli originali o le copie autentiche dei documenti richiesti.

#### **Art. 8 (Richiesta delle prestazioni)**

I lavoratori iscritti alla CAS.SA.COLF, per richiedere le prestazioni, dovranno effettuare le comunicazioni alla stessa solo tramite e-mail all'indirizzo **pratichecovid@cassacolf.it** per informazioni contattare il **numero verde 800 1000 26.**

#### **Art. 9 (Decadenza)**

La richiesta, corredata dalla documentazione prevista, deve essere inviata dal Lavoratore iscritto ai sensi dei precedenti Articoli entro 12 mesi dalla conclusione dell'evento a pena di decadenza.

#### **Art. 10 (Corresponsione della prestazione)**

Il pagamento delle prestazioni avverrà solo ed esclusivamente mediante accredito (bonifico) su c/c bancario, postale o carta ricaricabile intestato al richiedente.

#### **Art. 11 (Modifiche al regolamento)**

La validità delle disposizioni contenute nella presente integrazione al regolamento verrà valutata sulla base del quadro sanitario del nostro Paese e pertanto sono da intendersi provvisorie e legate al periodo emergenziale.

Fermo restando il continuo monitoraggio dei flussi, a garanzia e tutela di tutti gli Iscritti alla CAS.SA.COLF, le prestazioni saranno attive fino alla data del 30 Giugno 2020 con eventuali e ulteriori proroghe in relazione agli andamenti tecnici e alle risorse disponibili.

**Art. 12 (Risorse)**

La CAS.SA.COLF, eroga le prestazioni previste nella presente appendice al regolamento nel limite delle risorse allocate pari ad € 6.000.000,00.

**Art. 13 (Privacy)**

Il trattamento dei dati personali inerenti i servizi di cui all'art. 5 sarà a cura e sotto la responsabilità del soggetto erogatore delle corrispondenti prestazioni, alle cui policy in materia di privacy siete pertanto pregati di fare riferimento.

**Art. 14 (Entrata in vigore)**

La presente appendice al regolamento ha vigenza dal 1 Gennaio 2020.

Roma, 22 Aprile 2020

**Dichiarazioni Sostitutive di Certificazioni**  
(art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o .....

nata/o a ..... il .....

residente a ..... in via .....nr .../..... Int. ....

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per accedere ai servizi e prestazioni di cui all'appendice del regolamento di Cas.Sa.Colf Covid - 19 ai fini e per gli effetti di cui alla vigente normativa in materia di privacy (Regolamento UE n. 679/2016 e D.Lgs. n. 101/2018) e

**D I C H I A R A**

che i/le seguenti figli/e minori sono attualmente con esso/a dichiarante conviventi:

<i>nr.</i>	<i>cognome e nome</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>data nascita</i>
1			
2			
3			

Richiedo il rimborso di € 200,00 di cui all'**Art.3** per le spese sostenute per finalità di istruzione, scolastica o per servizi di baby sitting entro il 5° anno di età, per assistenza domiciliare ai figli che siano in condizione di non autosufficienza entro il 18° anno di età e per le necessità di alimentare per i figli entro il 18° anno di età.

Prende atto ed accetta che CAS.SA.COLF possa richiedere la documentazione oggetto di rimborso in qualsiasi momento e comunque entro 12 mesi dalla richiesta.

Luogo lì, .....

La/Il dichiarante

\_\_\_\_\_

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti cui si riferisce hanno efficacia temporale maggiore, anche la validità della dichiarazione si estenderà sino a tale termine.

La presente dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000).

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000).

**MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI COVID-19**

ISCRITTO/A

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Nato/a il: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nazione: \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_

Residente in: Via/Piazza \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

NOMINATIVO INDICATO PRESSO L'ABITAZIONE (se diverso dal proprio): \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Cell : \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_

altro recapito da poter contattare: \_\_\_\_\_

**DATI RELATIVI AL RAPPORTO DI LAVORO**

*( la progressione dei dati è riferita a più rapporti di lavoro instaurati )*

1. CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO:

Datore di lavoro

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Codice fiscale : \_\_\_\_\_

Residente in: Via/Piazza \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

Rapporto di lavoro  tempo pieno  tempo parziale ( ore settimanali \_\_\_\_\_ )

Data assunzione \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ data cessazione \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

2. CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO:

Datore di lavoro

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Residente in: Via/Piazza \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

Rapporto di lavoro  tempo pieno  tempo parziale ( ore settimanali \_\_\_\_\_ )

Data assunzione \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ data cessazione \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

3. CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO:

Datore di lavoro

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Residente in: Via/Piazza \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

Rapporto di lavoro  tempo pieno  tempo parziale ( ore settimanali \_\_\_\_\_ )

Data assunzione \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ data cessazione \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE** (barrare solo le prestazioni per le quali si richiede l'erogazione)

Allegare i MAV I.N.P.S. (i due trimestri 3° e 4° trimestre 2019 comprensivi del codice F2 che attestino il versamento dei contributi di assistenza contrattuale (Art. 4 dell'appendice al regolamento);

Copia del documento di identità del dipendente in corso di validità;

**PRESTAZIONI LAVORATORI POSITIVI AL COVID-19 O SOTTOPOSTI A QUARENTENA**

Indennità giornaliera per ricovero ospedaliero (**allegare certificato di ingresso/dimissioni contenente la diagnosi**);

Isolamento domiciliare (**allegare certificato/esito tampone**);

Indennità giornaliera per figlio a carico [**allegare certificato come da provvedimento/esito tampone e allegare dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia (Allegato A)**].

Rimborso delle spese per il pagamento di materiale sanitario (**allegare le ricevute di pagamento contenenti la descrizione del materiale acquistato e la prescrizione del medico**);

Rimborso delle spese sanitarie per visite domiciliari ed extradomiciliari (**allegare ricevute di pagamento**);

Isolamento preventivo (**allegare certificato di malattia per sospetto COVID-19 come da provvedimento**);

Prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche (**Allegare fatture delle prestazioni pagata e Allegato C**)

**PRESTAZIONI RESE A LAVORATRICI MADRI PER SITUAZIONI DI DISAGIO PER EMERGENZA COVID-19**

Rimborso delle spese sostenute per finalità di istruzione, scolastica o per servizi di baby sitting entro il 5° anno di età [**allegare dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia (Allegato A)**].

Rimborso delle spese sostenute per assistenza domiciliare ai figli che siano in condizione di non autosufficienza entro il 18° anno di età [**allegare dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia (Allegato A)**].

Rimborso delle spese sostenute per le necessità di alimentare per i figli entro il 18° anno di età [**allegare dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia (Allegato A)**].

**NOTE UTILI**

- In caso di ricovero ospedaliero avvenuto fuori dal territorio italiano, sarà necessario allegare copia della documentazione in lingua originale e la relativa traduzione libera in lingua italiana;
- La domanda dovrà essere inviata entro 12 mesi dall'evento pena la decadenza;
- Le fotocopie dei documenti devono essere leggibili;
- La compilazione dei moduli deve essere eseguita in stampatello;
- Eventuali incomprensioni dello scritto potranno causare significativi ritardi nell'esame della pratica;
- La modulistica verrà accettata solo se compilata in ogni sua parte, pertanto dovrà essere utilizzata solo per la richiesta di rimborso delle prestazioni.
- Tutta la documentazione dovrà essere inviata solo a mezzo mail. [pratiche covid@cassacolf.it](mailto:pratiche covid@cassacolf.it)





		<p>consumeristica ed ogni altro servizio connesso a quanto genericamente appena elencato*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la tua adesione a sindacati *</li> <li>• la quota della tua trattenuta sindacale *</li> </ul>
per l'archiviazione e la conservazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• iscrizione per tutta la sua durata</li> <li>• adempimento di obblighi conseguenti al rapporto instaurato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nome, cognome *</li> <li>• codice fiscale *</li> <li>• indirizzo fisico e telematico*</li> <li>• dati contabili *</li> </ul>
per l'invio di comunicazioni di natura promozionale dei servizi/attività di CAS.SA.COLF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tuo specifico consenso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nome, cognome *</li> <li>• indirizzo fisico e telematico*</li> <li>• numero di telefono fisso e/o mobile *</li> </ul>
per la comunicazione a terzi (enti pubblici e privati, società, assicurazioni, associazioni collegate a CAS.SA.COLF in virtù del rapporto giuridico e partecipativo) per la promozione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tuo specifico consenso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nome, cognome *</li> <li>• indirizzo fisico e telematico*</li> <li>• numero di telefono fisso e/o mobile *</li> <li>• i dati relativi al tuo stato di salute se necessari allo svolgimento dei servizi statutari da te richiesti, tra i quali: assicurativi, previdenziali, legali, concernenti la posizione lavorativa ricoperta, fiscali, commerciali, di tutela consumeristica ed ogni altro servizio connesso a quanto genericamente appena elencato*</li> </ul>
per la comunicazione a terzi (alle strutture CAS.SA.COLF, nonché enti pubblici e privati, assicurazioni, società, associazioni collegate a CAS.SA.COLF in virtù del rapporto giuridico e partecipativo) in dipendenza della gestione di servizi anche connessi al rapporto giuridico e degli obblighi che ne derivano	<ul style="list-style-type: none"> <li>• adempimento di obblighi discendenti dal rapporto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nome, cognome *</li> <li>• codice fiscale *</li> <li>• luogo e data di nascita *</li> <li>• indirizzo fisico e telematico*</li> <li>• numero di telefono fisso e/o mobile *</li> <li>• relativi all'inquadramento ed al luogo lavorativo/azienda ove presti la tua attività lavorativa *</li> <li>• i dati relativi al tuo stato di salute se necessari allo svolgimento dei servizi statutari da te richiesti, tra i quali: assicurativi, previdenziali, legali, concernenti la posizione lavorativa ricoperta, fiscali, commerciali, di tutela consumeristica ed ogni altro servizio connesso a quanto genericamente appena elencato*</li> </ul>
per l'adempimento degli obblighi di sicurezza informatica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• adempimento di obblighi discendenti dal rapporto instaurato</li> <li>• legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi e destinatari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• indirizzo di posta elettronica *</li> <li>• log di accesso piattaforme dedicate *</li> </ul>

**Quali dati personali che verranno trattati non sono stati ricevuti da te?**

Dati anagrafici Dati informatici
-------------------------------------

<b>Quali sono le fonti presso cui è avvenuta la raccolta dei dati personali che ti riguardano?</b>
altri titolari del trattamento (es. le strutture INPS)
le strutture CAS.SA.COLF, nonché enti, società, assicurazioni, associazioni collegate a CAS.SA.COLF in virtù del rapporto societario e partecipativo
elenchi tenuti da enti pubblici o equiparati o sotto il controllo dell'autorità pubblica in base a specifica normativa nazionale
provider servizi informatici

Quelli tra i tuoi dati, raccolti o comunque trattati da CAS.SA.COLF indicati con \* si intendono necessari e il loro mancato conferimento comporta l'impossibilità per CAS.SA.COLF di dar seguito alle attività relative al trattamento principale.

La CAS.SA.COLF ti informa che puoi esercitare in qualsiasi momento il diritto di reclamo all'Autorità competente e gli altri diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679.

Per maggiori informazioni consulta l'informativa completa sul sito [www.cassacolf.it](http://www.cassacolf.it) o contattaci al 0685358034.

#### **Prestazione del consenso**

- Se hai compreso il contenuto della presente informativa, CAS.SA.COLF ti chiede se presti il consenso al trattamento, secondo le modalità sopra previste, per l'espletamento dei servizi specifici forniti da CAS.SA.COLF  
In caso di diniego ti informiamo che CAS.SA.COLF non potrà dare corso alle sue prestazioni statutarie e istituzionali in tuo favore.

PRESTO IL CONSENSO

NON PRESTO IL CONSENSO

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- Se hai compreso il contenuto della presente informativa, CAS.SA.COLF ti chiede se presti il consenso al trattamento, secondo le modalità sopra previste, per la comunicazione dei tuoi dati personali anche alle Compagnie di assicurazione convenzionate con CAS.SA.COLF, nei limiti derivanti dalle finalità (erogazione delle prestazioni) per le quali detta comunicazione viene effettuata.  
In caso di diniego ti informiamo che CAS.SA.COLF non potrà dare corso alle sue prestazioni statutarie e istituzionali in tuo favore.

PRESTO IL CONSENSO

NON PRESTO IL CONSENSO

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- Se hai ricevuto la presente informativa e ne hai compreso il contenuto, CAS.SA.COLF ti chiede se presti il consenso al trattamento, secondo le modalità previste ivi compresa la comunicazione a terzi dei tuoi dati personali per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi di CAS.SA.COLF, nonché enti pubblici e privati, assicurazioni, società, associazioni collegate a CAS.SA.COLF in virtù del rapporto giuridico e partecipativo

PRESTO IL CONSENSO

NON PRESTO IL CONSENSO

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Dichiarazioni di rapporto di Lavoro in regime di convivenza

La/il sottoscritta/o .....

nata/o a ..... il .....

residente a ..... in via .....nr .... /..... Int. ....

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per accedere ai servizi e prestazioni di cui all'appendice del regolamento di Cass.Sa.Colf Covid - 19 ai fini e per gli effetti di cui alla vigente normativa in materia di privacy (Regolamento UE n. 679/2016 e D.Lgs. n. 101/2018) e

### DICHIARA

di convivere presso e con il datore di lavoro individuato nella persona di

nome e cognome .....

luogo e data di nascita .....

Luogo lì, .....

La/Il dichiarante

Il datore di lavoro, come sopra generalizzato, dichiara di aver letto la sovraestesa informativa sulla privacy e di prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali ai soli fini dell'erogazione dei servizi e prestazioni in favore del lavoratore da parte di Cas.Sa.Colf

Luogo lì, .....

Il datore di lavoro