



## DANNO DA INFORTUNIO

Dichiara che l'infortunio è avvenuto:

- durante** l'attività lavorativa  
 **al di fuori** dell'attività lavorativa

Dichiara di essersi assentato dal lavoro per infortunio avvenuto in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

in (indicare luogo) \_\_\_\_\_

Riportare una descrizione chiara e circostanziata delle modalità di accadimento dell'infortunio con particolare riferimento alle cause che lo hanno prodotto e alle immediate conseguenze

### Al fine di consentire la gestione della pratica di malattia/infortunio, è necessario che lei allegli al presente modulo copia della seguente certificazione:

1. l'informativa Privacy allegata debitamente sottoscritta;
2. **copia** del certificato medico con prognosi e diagnosi riportante la data d'insorgenza e/o di prima diagnosi o copia certificato di ricovero in Istituto di cura con date d'ingresso e dimissioni in caso di: malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio che comporti ricovero in Istituto di cura, Day Hospital con intervento chirurgico, Day Hospital per malattia oncologica anche senza intervento chirurgico; malattia e/o malattia in gravidanza che comporti ricovero in Day Hospital per prestazioni diagnostiche invasive: amniocentesi, endoscopie con biopsia, biopsie, coronagrafie, eliminazione dei calcoli renali attraverso bombardamento/laser; infortunio senza ricovero che abbia per conseguenza un grave traumatismo (immobilizzazioni e/o gessatura superiori a 40 giorni).
3. copia del/i certificato/i successivo/i al primo a copertura dell'intero periodo di inabilità senza interruzione di continuità;
4. la dichiarazione rilasciata dalla A.S.L. al termine dell'assenza o trascorsi i primi 30 giorni che attesti il periodo e l'avvenuta sostituzione per malattia/infortunio con altro sanitario;
5. la fotocopia, con diritto di richiesta di esibizione degli originali, delle distinte dei pagamenti a lei intestati effettuati dalla Regione nei tre mesi antecedenti la malattia/infortunio;
6. copia della **fattura conforme all'originale** (o una ricevuta fiscalmente valida) rilasciata dal Medico Sostituto - quietanzata per avvenuto pagamento - che riporti la descrizione del servizio reso (sostituzione), **con l'esatta indicazione del periodo durante il quale il servizio stesso è stato effettuato.**
7. copia del certificato di avvenuta guarigione riportante la data della guarigione, l'esistenza o meno di postumi invalidanti e la data di ripresa del lavoro **oppure** copia del certificato di continuazione della malattia/infortunio unitamente all'autodichiarazione di eventuali postumi invalidanti.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS. 196/2003

Il D. Lgs. 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti relativamente al trattamento dei dati personali. Si tratta di dati come ad esempio nome, cognome, residenza, luogo di nascita, recapito telefonico fisso e/o mobile, indirizzo di posta elettronica forniti da Lei stesso o da altri soggetti. Oltre tali dati ve ne potrebbero essere anche altri, in particolare, di natura sensibile ad esempio idonei a rilevare il Suo stato di salute, dati tutti indispensabili al fine di permettere alla nostra Società di poterLe fornire tutti i servizi e/o prodotti che Lei dovesse richiederli.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, legittimità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. n. 196/2003, pertanto, Le indichiamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per la fornitura di prestazioni, servizi e prodotti comunque connessi all'adempimento delle funzioni che la FIMMG svolge quale sindacato rappresentativo dei medici di medicina generale, nonché a fini statistici e di indagini di mercato.
2. Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e/o strumenti informativi, nel rispetto della disciplina sulla sicurezza e con l'osservanza di ogni misura comunque funzionale alla tutela della riservatezza.
3. Il conferimento dei dati è facoltativo e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati potrebbe comportare l'impossibilità di procedere alla completa fornitura delle prestazioni, dei servizi e dei prodotti offerti.

4. Il Titolare del trattamento è la FIMMG. Responsabile del Trattamento è il sig. Franco Pagano, tel. 333.54.96.838, mail [francopagano@fimmg.org](mailto:francopagano@fimmg.org) ed a questi è conferito il potere di nominare incaricati al trattamento dei dati. L'elenco aggiornato di responsabili ed incaricati del trattamento è consultabile sul sito [www.fimmg.org](http://www.fimmg.org), è disponibile presso la sede della FIMMG e sarà fornito immediatamente, su richiesta scritta dell'interessato. Incaricato del trattamento è anche Itaca Srl.

5. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

### Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Per esercitare i diritti previsti dall'articolo 7 del D. Lgs. 196/2003, sopra riportato, dovrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a: FIMMG, Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma - tel. 06 54896625 fax 06 54896645.

Formula di acquisizione del consenso dell'interessato

Il/la sottoscritto/a, dichiara di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, e

presta il suo consenso     nega il suo consenso

al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili per i fini indicati nella suddetta informativa.

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

nato a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Luogo e giorno di sottoscrizione li \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, e

presta il suo consenso     nega il suo consenso

All'inoltro di comunicazione informative, pubblicitarie e di promozione.

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

nato a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Luogo e giorno di sottoscrizione li \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



FIMMG - Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma - tel. 06 54896625 - fax 06 54896645