



## DANNO DA INFORTUNIO

Dichiara che l'infortunio è avvenuto:

**al di fuori** dell'attività lavorativa come medico di continuità assistenziale-emergenza sanitaria territoriale (**infortunio extra professionale**).

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 alleggi 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/day surgery 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/day surgery in Istituto di cura.
3. copia del/i certificato/i successivo/i al primo a copertura dell'intero periodo di inabilità senza interruzione di continuità
4. la dichiarazione di tutti i turni assegnati nel mese o nei mesi di assenza (copia del calendario dei turni rilasciato dalla A.S.L.);
5. la dichiarazione rilasciata dalla A.S.L. al termine dell'assenza o trascorsi i primi 30 giorni che attesti
  - data conferimento incarico con durata e numero delle ore conferite
  - il periodo di assenza per malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio extraprofessionale;
  - le ore assegnate e non effettuate nel periodo di assenza;
  - l'assegnazione dei turni ad altro/i sanitario/i con l'indicazione del/i nominativo/i;**Nel caso in cui le ore conferite dovessero superare il limite settimanale previsto dalla contrattazione collettiva, la dichiarazione della A.S.L. dovrà attestare l'avvenuto regolare versamento della quota assicurativa dello 0.72% anche sulle ore eccedenti;**
6. 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;
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.
8. **solo in caso di doppio incarico:** dichiarazione rilasciata dalla A.S.L. di assenza per malattia per tutti gli incarichi ricoperti

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