



MODULO DI ISCRIZIONE

DATORE DI LAVORO

Denominazione _____

Indirizzo _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____ n° lavoratori _____

Telefono _____ / _____ Fax _____ / _____

E-mail _____ @ _____ Matricola INPS _____

Tipo*: Studio Associato Società Unico titolare altro (specificare _____)

Area: Economico Amministrativa Giuridica Medico Sanitaria e Odontoiatrica Tecnica

*se "Tipo" diverso da Unico titolare: Codice Fiscale Legale Rappresentante _____

Numero Liberi Professionisti Soci/Associati _____

1. Nome _____ Cognome _____ Codice Fiscale _____

Albo Appartenenza _____

2. Nome _____ Cognome _____ Codice Fiscale _____

Albo Appartenenza _____

3. Nome _____ Cognome _____ Codice Fiscale _____

Albo Appartenenza _____

4. Nome _____ Cognome _____ Codice Fiscale _____

Albo Appartenenza _____

Professione: Consulente del Lavoro Commercialista Revisore Contabile Medico Generico Medico Specialista Dentista e Odontoiatra Veterinario

Psicologo Operatore Sanitario Abilitato Architetto Perito Industriale Agronomo e Forestale Perito Agrario Ingegnere

Geometra Geologo Avvocato Notaio Altro (specificare): _____

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di dati personali (D. Lgs. n. 196/2003), si informa che il trattamento dei dati personali e sensibili riguardanti sia il datore di lavoro che i relativi lavoratori dipendenti (inerenti informazioni sanitarie) è finalizzato unicamente ad eseguire gli obblighi contrattuali e normativi, oltre che a fornire informazioni sui nostri servizi. Il trattamento avverrà presso la sede della C.A.DI.PROF. (di seguito per brevità denominata Cassa) in Roma con l'utilizzo di procedure informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità. La Cassa garantisce che il trattamento dei predetti dati avviene secondo modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza e che i dati non verranno utilizzati per finalità difformi da quelle sopra indicate. Per finalità scientifiche e/o statistiche i relativi dati potranno essere rappresentati in forma anonima. I dati potranno essere comunicati solo ad eventuali nostri Collaboratori, Responsabili o Incaricati del trattamento. A tal fine, si specifica che i dati legati a prestazioni di cui si chiede erogazione saranno comunicati a: UniSalute s.p.a. la quale potrà trattarli e comunicarli ai soggetti deputati all'erogazione di assistenza sanitaria supplementare quali compagnie assicurative e loro reti di fornitori sanitari (strutture di ricovero e cura, ambulatori, laboratori scientifici, ecc.). Il conferimento dei dati è necessario per l'esatta esecuzione degli obblighi contrattuali e di legge e la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di adempiere alle obbligazioni a carico della Cassa.

Agli interessati sono riconosciuti tutti i diritti di cui all'articolo 7 del citato Codice ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e/o la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le relative richieste per posta al Titolare e Responsabile del trattamento dati per C.A.DI.PROF. ovvero al suo legale rappresentante pro tempore.

Data _____ Firma del datore di lavoro _____

Dichiaro di aver preso visione e di accettare integralmente il Regolamento della CADIPROF riportato sul sito internet www.cadiprof.it

Data _____ Firma del datore di lavoro _____

CONSULENTE

Se effettua la richiesta d'iscrizione per conto del datore di lavoro

Denominazione _____

Indirizzo _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

Telefono _____ / _____ Fax _____ / _____

E-mail _____ @ _____

Attività: Consulente del Lavoro Dottore Commercialista o Esperto Contabile Revisore Contabile Altro (specificare): _____

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 sulla riservatezza dei dati personali, nonché ai fini delle dichiarazioni sopra riportate, dichiaro di aver portato a conoscenza dei soggetti cui si riferisce la presente iscrizione le finalità istituzionali della C.A.DI.PROF. e di essere stato autorizzato a trattare i dati personali direttamente dagli stessi titolari dei dati, esclusivamente ai fini previsti dagli obblighi di legge o di contratto. Vi autorizzo ad inviare ai soprastanti recapiti tutte le comunicazioni inerenti il su citato datore di lavoro.

Data _____ Firma del consulente _____

Inviare il presente modulo e l'eventuale documentazione allegata a:

C.A.DI.PROF. Servizi Amministrativi – Viale Pasteur, 65 - 00144 Roma (RM) oppure tramite fax al numero 06 5918506



DATORE DI LAVORO

Denominazione _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

LAVORATORI

1) **Cognome** _____

Nome _____

data di nascita : gg ___ mm ___ aaaa _____ **sex** M F

codice fiscale : _____

nato/a a : Comune _____ **Prov** _____

residente a : Indirizzo _____ **n.** _____ **CAP** _____ **Comune** _____ **Prov** _____

tel _____ / _____ **cell** _____ / _____ **fax** _____ / _____

e-mail _____ @ _____ . _____

Dipendente rapporto¹⁾ _____ durata²⁾ _____ **data assunzione:** gg ___ mm ___ aa ___

Collaboratore durata contratto (mesi) _____ **data assunzione:** gg ___ mm ___ aa ___

Praticante **data di inizio del praticantato:** gg ___ mm ___ aa ___

2) **Cognome** _____

Nome _____

data di nascita : gg ___ mm ___ aaaa _____ **sex** M F

codice fiscale : _____

nato/a a : Comune _____ **Prov** _____

residente a : Indirizzo _____ **n.** _____ **CAP** _____ **Comune** _____ **Prov** _____

tel _____ / _____ **cell** _____ / _____ **fax** _____ / _____

e-mail _____ @ _____ . _____

Dipendente rapporto¹⁾ _____ durata²⁾ _____ **data assunzione:** gg ___ mm ___ aa ___

Collaboratore durata contratto (mesi) _____ **data assunzione:** gg ___ mm ___ aa ___

Praticante **data di inizio del praticantato:** gg ___ mm ___ aa ___

3) **Cognome** _____

Nome _____

data di nascita : gg ___ mm ___ aaaa _____ **sex** M F

codice fiscale : _____

nato/a a : Comune _____ **Prov** _____

residente a : Indirizzo _____ **n.** _____ **CAP** _____ **Comune** _____ **Prov** _____

tel _____ / _____ **cell** _____ / _____ **fax** _____ / _____

e-mail _____ @ _____ . _____

Dipendente rapporto¹⁾ _____ durata²⁾ _____ **data assunzione:** gg ___ mm ___ aa ___

Collaboratore durata contratto (mesi) _____ **data assunzione:** gg ___ mm ___ aa ___

Praticante **data di inizio del praticantato:** gg ___ mm ___ aa ___

1) Indicare se il dipendente svolge attività Full Time (FT), Part Time (PT), Apprendistato (AP), Job Sharing (JS), Telelavoro (TL)

2) Indicare se il dipendente è assunto con contratto a tempo indeterminato (TI), a tempo determinato (TD), stagionale (ST), contratto a termine (CT)

LIBERATORIA PRIVACY (D. LGS. 196/2003): I DATI RICHIESTI SONO ACQUISITI E TRATTATI IN ADEMPIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI CUI AL DISPOSTO DELL'ART. 19 DEL CCNL STUDI PROFESSIONALI IN RELAZIONE ALL'ISTITUZIONE DELLA C.A.DI.PROF. CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA SUPPLEMENTARE PER I DIPENDENTI DEGLI STUDI PROFESSIONALI. IL MANCATO CONFERIMENTO DEI DATI RICHIESTI COMPORTA LA IMPOSSIBILITÀ DELLA REGISTRAZIONE E DELLA CONSEGUENTE FORNITURA DEL SERVIZIO. I DATI RELATIVI AI DATORI DI LAVORO - CON ESCLUSIONE DEI DATI ANAGRAFICI RELATIVI AI DIPENDENTI - POTRANNO ESSERE COMUNICATI AD ALTRI ENTI PREVISTI DAL SUO CITATO CCNL E DAGLI STESSI TRATTATI PER IL CONSEGUIMENTO DELLE PROPRIE FINALITÀ DI ISTITUTO. GLI INTERESSATI AI SENSI DELL'ART. 7 DEL D. LGS. 196/2003 HANNO DIRITTO DI ACCEDERE AI DATI CHE LI RIGUARDANO, A MODIFICARLI E A CHIEDERE ESTRATTI DALL'ARCHIVIO INFORMATIZZATO. IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO È C.A.DI.PROF. IL RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DATI PER C.A.DI.PROF. È IL SUO LEGALE RAPPRESENTANTE PRO TEMPORE.

DATA _____

Firma di chi effettua la richiesta (Datore di lavoro/Consulente) _____

Inviare il presente modulo e l'eventuale documentazione allegata a:

C.A.DI.PROF. Servizi Amministrativi - Viale Pasteur, 65 - 00144 Roma (RM) oppure tramite fax al numero 06 5918506