

MODULO DI ISCRIZIONE

DATORE DI LAVORO

Denominazione _____
 Indirizzo _____ n. _____
 Comune _____ CAP _____ Prov _____
 Codice Fiscale _____ Partita IVA _____
 Telefono _____ / _____ Fax _____ / _____
 E-mail _____ @ _____ . _____ Numero lavoratori _____

Tipo*: Unico titolare Area: Economico Amministrativa
 Studio Associato Giuridica
 Società Medico Sanitaria e Odontoiatrica
 Cooperativa Tecnica
 altro (specificare _____) Altro (specificare _____)

*se "Tipo" diverso da Unico titolare:

Legale Rappresentante Nome _____ Cognome _____ CF _____

Numero Liberi Professionisti Soci/Associati _____

1. Nome _____ Cognome _____ Qualifica _____ Codice Fiscale _____

Albo Appartenenza _____

2. Nome _____ Cognome _____ Qualifica _____ Codice Fiscale _____

Albo Appartenenza _____

3. Nome _____ Cognome _____ Qualifica _____ Codice Fiscale _____

Albo Appartenenza _____

4. Nome _____ Cognome _____ Qualifica _____ Codice Fiscale _____

Albo Appartenenza _____

Professione: Consulente del Lavoro Psicologo Geometra
 Commercialista Operatore Sanitario Abilitato Geologo
 Revisore Contabile Architetto Avvocato
 Medico Generico Perito Industriale Notaio
 Medico Specialista Agronomo e Forestale Altro (specificare): _____
 Dentista e Odontoiatra Perito Agrario
 Veterinario Ingegnere
 cod. ATECO 2007 _____

LAVORATORI

✓ **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 ___

✓ **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)

DATORE DI LAVORO

Denominazione _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

Codice Fiscale Legale Rappresentante (se diverso da Codice Fiscale) _____

Documento di identità Tipo _____ Numero _____ Scadenza _____

INFORMATIVA PRIVACY

Oggetto: Informativa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Al sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR" o "Regolamento"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la CADIPROF Cassa di Assistenza Sanitaria Integrativa per i Lavoratori degli Studi Professionali e L'EBIPRO Ente Bilaterale degli Studi Professionali.

Titolari del trattamento: i Titolari del trattamento sono la CADIPROF Cassa di Assistenza Sanitaria Integrativa per i Lavoratori degli Studi Professionali (di seguito per brevità "Cassa") e l'EBIPRO Ente Bilaterale per gli Studi Professionali (di seguito per brevità "Ente"), nella persona del rispettivo Presidente e legale rappresentante pro tempore, domiciliati per la carica in Roma Viale Pasteur, 65.

Finalità del trattamento: i dati personali da Lei forniti sono necessari per eseguire gli obblighi contrattuali e normativi, oltre che per fornire informazioni sui servizi offerti nell'ambito del sistema del CCNL Studi Professionali. Per finalità scientifiche e/o statistiche i relativi dati potranno essere rappresentati e comunicati 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, inclusi quelli legati a prestazioni di cui si chiede erogazione, potranno essere comunicati a compagnie assicuratrici e loro reti di fornitori sanitari deputati all'erogazione di servizi quali assistenza sanitaria integrativa (strutture di ricovero e cura, ambulatori, laboratori scientifici, ecc.). I dati potranno essere comunicati anche a istituti di credito, società finanziarie, enti di ricerca, ecc. i quali potranno trattarli anche per le finalità legate all'offerta di servizi in convenzione. Il conferimento dei dati è necessario per l'esatta esecuzione degli obblighi derivanti dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro degli Studi Professionali e dalla legge e la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di adempiere alle obbligazioni a carico della Cassa e dell'Ente.

Modalità di trattamento e conservazione: il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 29 del Regolamento. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione: informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza il Suo esplicito consenso espresso in calce alla presente informativa, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge e di contratto.

Trasferimento dei dati personali: i suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali: ai sensi degli articoli 9 e 10 del Regolamento, Lei potrebbe conferire dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati possono essere trattate dalla Cassa e dall'Ente solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma esplicita in calce alla presente informativa.

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione: la Cassa e l'Ente non adottano alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento.

Diritti dell'interessato: in ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto diverse da quanto esplicitato nel paragrafo "Finalità del trattamento";
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a CADIPROF Cassa di Assistenza Sanitaria Integrativa per i Lavoratori degli Studi Professionali, all'indirizzo postale Viale Pasteur 65 o all'indirizzo e-mail info@cadiprof.it ovvero a EBIPRO Ente Bilaterale per gli Studi Professionali, all'indirizzo postale Viale Pasteur 65 o all'indirizzo e-mail info@ebipro.it

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede. Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta, per le finalità sopra indicate:

esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali

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 _____ @ _____

Legale Rappresentante Nome _____ Cognome _____ CF _____

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

Al sensi del Regolamento UE n. 2016/679 di cui all'informativa che precede, 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 CADIPROF e dell'EBIPRO e di essere stato autorizzato a trattare i dati personali direttamente dagli stessi titolari dei dati, esclusivamente ai fini previsti dall'informativa medesima. Vi autorizzo d'ora in poi ad inviare anche ai soprastanti recapiti tutte le comunicazioni inerenti il datore di lavoro: le stesse si intenderanno come fatte al datore di lavoro stesso.

Data _____ Firma del consulente _____

il presente modulo si compone di n° 2 pagine e deve essere compilato in stampatello in ogni sua parte