



## PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

### Servizio Antincendi e Protezione Civile Cassa Provinciale Antincendi

Via Secondo da Trento, 2 - 38100 Trento  
Tel. 0461/492312 - Fax 492315  
C.F. e P.IVA 00337460224

Trento, 28/11/2011

Prot. n. 697094 CPA/PP

Ai  
Corpi VV.F. Volontari

Alle Unioni Distrettuali

Alla  
Federazione Provinciale  
Dei Corpi VV.F. Volontari

LORO SEDE

Oggetto: indicazioni in ordine alle modalità di segnalazione degli infortuni alla Cassa Provinciale Antincendi

In considerazione delle difficoltà frequentemente riscontrate nella corretta presentazione della documentazione prevista dal vigente regolamento ai fini della concessione delle indennità temporanee ai vigili del fuoco infortunati in servizio, previste all'art. 33 della LR 24/54, con la presente circolare si ribadiscono le necessarie indicazioni allo scopo di agevolare il regolare inoltro delle denunce alla Cassa Provinciale Antincendi e consentire conseguentemente l'assunzione dei relativi provvedimenti risarcitori da parte del Consiglio di amministrazione della Cassa.

L'art. 10 del D.P.G.R. n. 32/56 stabilisce che la persona colpita da infortunio deve recarsi subito all'infermeria dell'ospedale o dal medico condotto più vicino per le cure del caso. Entro tre giorni dal verificarsi dell'infortunio o dall'accertamento della malattia, il comandante dovrà trasmettere alla Cassa Provinciale Antincendi apposita denuncia corredata dal certificato del medico curante (certificato d'inizio malattia).

**Pertanto, entro il terzo giorno successivo dalla data dell'infortunio** (es.: se l'infortunio si verifica il sabato, la segnalazione deve pervenire entro il martedì), **si deve obbligatoriamente produrre, a pena la mancata concessione dell'indennità prevista, la seguente documentazione:**

- *denuncia di infortunio, predisposta sulla base dell'allegato MOD. 1;*
- *certificato del medico curante, allegato MOD. 2 e certificato di malattia telematico;*
- *rapporto di intervento del Corpo VV.F. Volontari;*
- *copia certificato medico rilasciato dal pronto soccorso.*

Anche nel caso di **prosecuzione/continuazione** della malattia oltre i giorni previsti inizialmente, deve essere trasmesso, **entro il terzo giorno successivo dalla data di scadenza del periodo iniziale**, il *certificato del medico curante (MOD. 3)*, comprensivo del certificato telematico.

Al termine della malattia, deve essere inviato, **entro il terzo giorno successivo dalla data di cessazione (terzo giorno successivo all'ultimo giorno di malattia)** il *certificato del medico curante di fine malattia*, predisposto sulla base dell'allegato *MOD. 4*.

**Al fine del rispetto delle scadenze previste, la denuncia e la documentazione sopra riportata potrà essere anticipata via fax al numero 0461/492215. Rimane comunque l'obbligo di presentare, con tempestività, alla Cassa Provinciale Antincendi la documentazione in originale.**

Nell'ipotesi di ricovero ospedaliero o in istituti di cura, il comandante dovrà trasmettere anche la seguente documentazione:

- *certificato di ricovero ospedaliero;*
- e al termine della degenza:
- *cartella clinica dell'infortunato;*
  - *certificato di dimissioni dall'ospedale;*
  - *dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa ad eventuali persone a carico (MOD. 7).*

Si ricorda inoltre che l'infortunato dovrà compilare il modulo relativo alla *dichiarazione dati personali e informativa privacy (MOD. 6)*.

Per il rimborso delle spese mediche, medicinali, cure ambulatoriali ecc. è necessario compilare e trasmettere il modello relativo all'*elenco delle spese sostenute dall'infortunato (MOD. 5)*, allegando le ricevute **in originale** delle spese effettuate. In caso di spese riguardanti il rifornimento di carburante o pedaggi autostradali per raggiungere l'unità ospedaliera, si deve allegare apposita ricevuta **in originale** attestante l'importo sostenuto, l'ora e il luogo. In caso di visite specialistiche, non richieste espressamente dal medico di fiducia della Cassa Antincendi, ma necessarie per la patologia in esame, è necessario allegare il relativo referto medico.

Qualora l'infortunio o la malattia riguardano il comandante, gli adempimenti prescritti sono eseguiti dal Sindaco.

**Al fine di rendere più chiara la lettura della presente, si è ritenuto opportuno allegare una tabella riepilogativa con le varie scadenze e predisporre la modulistica aggiornata scaricabile anche dal sito internet della Federazione dei Corpi Vigili del Fuoco Volontari della PAT ([www.fedvfvfvol.it](http://www.fedvfvfvol.it)) nella sezione: I Vigili del Fuoco Volontari in Trentino – I corpi – Moduli di uso comune per l'attività del Corpo – Denunce Infortunio**

**- Denuncia di infortunio durante lo svolgimento di compiti istituzionali (Cassa Prov.).**

**Si ribadisce infine, ulteriormente, che i certificati e la documentazione sopra indicata devono essere predisposti e trasmessi entro le scadenze indicate. La mancata trasmissione alla Cassa Provinciale Antincendi della documentazione entro i termini indicati comporta la non assegnazione delle indennità previste all'art. 33 della citata LR 24/54.**

Si ricorda comunque che per quanto sopra non riportato si fa riferimento al regolamento di esecuzione della legge regionale 20 agosto 1954, n. 24 approvato con D.P.G.R. n. 32/1956.

Eventuali informazioni o chiarimenti potranno essere chiesti a Piffer Paola (tel. 0461/492322).

Distinti saluti.

IL DIRIGENTE  
*F.to* - ing. Silvio Zanetti -

Allegati: c.s.

**TABELLA RIEPILOGATIVA DELLE SCADENZE RELATIVE ALLA DENUNCIA DI INFORTUNIO DEI VIGILI DEL FUOCO VOLONTARI**

<b>SCADENZE</b>	<b>DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE</b>	<b>MODELLO DA UTILIZZARE</b>
<b>DENUNCIA DI INFORTUNIO</b>	ENTRO IL TERZO GIORNO SUCCESSIVO ALLA DATA DELL'INFORTUNIO	DENUNCIA DI INFORTUNIO MOD. 1
		CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE (INIZIO) E CERTIFICATO DI MALATTIA TELEMATICO MOD. 2
		RAPPORTO DI INTERVENTO CORPO V.V.F. VOLONTARI
		CERTIFICATO RILASCIATO DAL PRONTO SOCCORSO
<b>SE PROSECUZIONE / CONTINUAZIONE</b>	ENTRO IL TERZO GIORNO SUCCESSIVO ALLA DATA DI SCADENZA DEL PERIODO INIZIALE	CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE (CONTINUAZIONE) E CERTIFICATO DI MALATTIA TELEMATICO MOD. 3
<b>A FINE INFORTUNIO</b>	ENTRO IL TERZO GIORNO SUCCESSIVO ALLA DATA DI CESSAZIONE	CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE DI FINE MALATTIA MOD. 4
		ELENCO DELLE SPESE SOSTENUTE DALL'INFORTUNATO MOD. 5
		DICHIARAZIONE DATI PERSONALI E INFORMATIVA PRIVACY MOD. 6
<b>SE RICOVERO OSPEDALIERO</b>	ENTRO IL TERZO GIORNO SUCCESSIVO ALLA DATA DEL RICOVERO	CERTIFICATO DI RICOVERO OSPEDALIERO
	AL TERMINE DELLA DEGENZA	CARTELLA CLINICA DELL'INFORTUNATO
		CERTIFICATO DI DIMISSIONE DALL'OSPEDALE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE RELATIVA ALLE PERSONE A CARICO MOD. 7

NB: si ricorda che la documentazione può essere anticipata entro le sopra indicate scadenze via fax al numero 0461/492215. Rimane comunque l'obbligo di presentare alla Cassa Provinciale Antincendi la documentazione in originale.

**CORPO VIGILI DEL FUOCO  
VOLONTARI DI**

---

Spettabile  
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO  
CASSA PROVINCIALE ANTINCENDI  
VIA SECONDO DA TRENTO, 2  
38121 - T R E N T O -

**OGGETTO:** infortunio Vigile del Fuoco \_\_\_\_\_  
accaduto il giorno \_\_\_\_\_

Si invia la seguente documentazione relativa all'infortunio in oggetto:

- denuncia di infortunio (MOD. 1)*
- certificato del medico curante (MOD. 2) e certificato di malattia telematico*
- rapporto di intervento del Corpo VV.F.Vol.*
- copia certificato medico rilasciato dal pronto soccorso*
- certificato di prosecuzione malattia (MOD. 3) e certificato di malattia telematico*
- certificato di fine malattia (MOD. 4)*
- elenco delle spese sostenute dall'infortunato (MOD. 5)*
- dichiarazione dati personali e informativa privacy (MOD. 6)*
- copia lettera del sindaco di richiesta intervento del Corpo VV.F.Vol.*

se l'infortunio prevede il ricovero in ospedale o istituti di cura:

- certificato di ricovero ospedaliero*
- cartella clinica dell'infortunato*
- certificato di dimissioni dall'ospedale*
- dichiarazione sostitutiva di certificazione persone a carico (MOD. 7)*

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_,  
(località, data)

IL COMANDANTE <sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Nota 1 : da compilarsi a cura del Comandante o, nel caso l'infortunato sia il Comandante, a cura del Sindaco

La documentazione può essere anticipata alla Cassa Provinciale Antincendi via fax al numero 0461-492215.

**DENUNCIA DI INFORTUNIO <sup>1</sup>****DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO:**

\_\_\_\_\_  
 (cognome) (nome) (cod. fiscale)

\_\_\_\_\_  
 (luogo di nascita) (data di nascita) (provincia)

\_\_\_\_\_  
 (comune residenza) (CAP) (località, via) (n. civico)

\_\_\_\_\_  
 (professione) (n. telefonico, cell.)

\_\_\_\_\_  
 (appoggio bancario: banca, sede/filiale, codice IBAN)

Si sono verificati in passato infortuni, per i quali sono state percepite indennità?  **SI**  **NO**  
 specificare il tipo e la data: \_\_\_\_\_

DATA INFORTUNIO	ORE	LUOGO INFORTUNIO (INDICARE IL COMUNE)

Qualora non si tratti di vigile del fuoco, indicare se è stato chiamato a prestare la sua opera dal:

**SINDACO**  Nominativo \_\_\_\_\_  
**COMANDANTE**

Quali MANSIONI svolgeva il vigile/il soggetto quando accadde l'infortunio? \_\_\_\_\_

Descrivere dettagliatamente la DINAMICA dell'infortunio: \_\_\_\_\_

**TESTIMONI DELL'INFORTUNIO:**

\_\_\_\_\_  
 (cognome) (nome) (domicilio)

\_\_\_\_\_  
 (cognome) (nome) (domicilio)

**IN MANCANZA DI TESTIMONI INDICARE I NOMINATIVI DEI PRIMI ACCORSI:**

\_\_\_\_\_  
 (cognome) (nome)

\_\_\_\_\_  
 (cognome) (nome)

**INDICARE LE PERSONE CHE HANNO PRESTATO LE PRIME CURE:**

\_\_\_\_\_  
 (cognome) (nome)

\_\_\_\_\_  
 (cognome) (nome)

L'infortunato si è recato presso un pronto soccorso?  **SI** Quale? \_\_\_\_\_  **NO**

L'infortunato è stato ricoverato presso un ospedale?  **SI** Quale? \_\_\_\_\_  **NO**

luogo, \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

L'INFORTUNATO

IL COMANDANTE <sup>1</sup>

**Il modulo va redatto e presentato alla Cassa Provinciale Antincendi entro il terzo giorno successivo dalla data dell'infortunio unitamente al certificato di malattia telematico redatto dallo stesso medico curante**

1. Nome e cognome dell'infortunato \_\_\_\_\_  
 Data dell'infortunio \_\_\_\_\_
  
2. Giorno in cui sono state prestate le prime cure all'infortunato \_\_\_\_\_  
 Vi furono altri medici curanti prima?  SI  NO
  
3. Esatta descrizione della lesione \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Stato attuale del paziente \_\_\_\_\_
  
4. Risultano o si sospettano lesioni di nervi, tendini, muscoli od organi interni?  SI  NO  
 In cosa consiste la lesione? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
5. Quale causa diretta viene indicata dall'infortunato (o dai testimoni)? \_\_\_\_\_  
 Come risulta dimostrato il nesso fra la causa indicata e gli effetti della lesione? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 E' questa la sola causa o ve ne sono altre? Quali? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
6. In quali condizioni di integrità fisiologica e anatomica si trovava l'infortunato prima dell'infortunio?  
 \_\_\_\_\_
  
7. Quali sono state le malattie ed infortuni rilevanti accusati in precedenza? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Per quanto tempo è stato curato? \_\_\_\_\_
  
8. Quali conseguenze immediate ha già arrecato l'infortunio? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Versa in pericolo di vita? \_\_\_\_\_  
 Può provocare invalidità permanente? \_\_\_\_\_
  
9. Deve l'infortunato trattenersi in casa? \_\_\_\_\_  
 Per quanti giorni? \_\_\_\_\_  
 Quale è la probabile durata dell'incapacità lavorativa causata dall'infortunio? \_\_\_\_\_ giorni
  
10. E' stata dettata subito conveniente cura? \_\_\_\_\_  
 Come vengono osservate le prescrizioni? \_\_\_\_\_  
 Dove viene curato l'infortunato? \_\_\_\_\_
  
11. L'infortunato si è recato presso un pronto soccorso?  SI Quale? \_\_\_\_\_  NO  
 L'infortunato è stato ricoverato presso un ospedale?  SI Quale? \_\_\_\_\_  NO  
 Attualmente è ancora ricoverato?  SI  NO Quando è stato dimesso? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**IL MEDICO CURANTE**

\_\_\_\_\_  
 (firma leggibile)

**CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE****- prosecuzione malattia -**

**Il modulo va redatto e presentato alla Cassa Provinciale Antincendi entro il terzo giorno successivo dalla data di scadenza del periodo iniziale unitamente al certificato di malattia telematico redatto dallo stesso medico curante**

1. Generalità dell'infortunato \_\_\_\_\_  
Data dell'infortunio \_\_\_\_\_  
Data dell'ultimo certificato medico rilasciato \_\_\_\_\_  
Data in cui era prevista la guarigione del paziente \_\_\_\_\_

2. Lesioni del paziente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Condizioni attuali del paziente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. L'infortunato a causa delle sue condizioni di salute necessita di ulteriori \_\_\_\_\_  
giorni di astensione lavorativa totale e si prevede che potrà riprendere l'attività lavorativa il  
giorno \_\_\_\_\_

5. Eventuali osservazioni: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**IL MEDICO CURANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

**SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO**

**CERTIFICATO MEDICO DEFINITIVO**

**Il modulo va redatto e presentato alla Cassa Provinciale Antincendi entro il terzo giorno successivo dalla data di cessazione dell'infortunio**

1. Cognome e nome dell'infortunato \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_
  
2. Quando iniziarono le cure mediche? \_\_\_\_\_  
Quando cessarono? \_\_\_\_\_  
Stato del paziente \_\_\_\_\_
  
3. Quali furono esattamente le lesioni prodotte dall'infortunio? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
4. Risulta che all'infortunio preesistessero minorazioni anatomiche o patologiche della capacità lavorativa? \_\_\_\_\_ Quali? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
5. Ebbe l'infermità una durata maggiore di quella prevista ? \_\_\_\_\_  
Per quale causa? (particolare stato costituzionale, infermità precedenti o susseguenti all'infortunio, ecc.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
6. L'infortunato rimase a letto per prescrizioni mediche? \_\_\_\_\_  
Per quanti giorni? \_\_\_\_\_
  
7. L'infortunato fu ricoverato in ospedale? \_\_\_\_\_ Quale? \_\_\_\_\_  
Giorno di ricovero \_\_\_\_\_ giorno di dimissione \_\_\_\_\_
  
8. Per quanti giorni l'infortunato fu totalmente impedito nell'esercizio dell'attività lavorativa? \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
L'infortunato riprenderà l'attività lavorativa il giorno \_\_\_\_\_



**INVALIDITA' PERMANENTE**

9. In caso di imperfetta guarigione dell'infortunato, quali minorazioni anatomiche o funzionali si rilevano all'atto della redazione del presente certificato? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. In quale misura percentuale può oggi considerarsi permanentemente ridotta la funzionalità di ciascun arto o organo leso? \_\_\_\_\_

Si ritiene possibile, con appropriate cure o anche con il semplice uso funzionale, qualche futuro miglioramento delle minorazioni attualmente rilevate? \_\_\_\_\_

Quali cure o provvedimenti si consigliano a tal fine? \_\_\_\_\_



## MORTE

11. In caso di morte dell'infortunato a che ora e giorno avvenne? \_\_\_\_\_

Quale fu il medico che constatò il decesso? \_\_\_\_\_

Venne richiesto esame autoptico? \_\_\_\_\_

Quale fatto patologico la determinò? \_\_\_\_\_

Concorsero all'esito letale delle lesioni prodotte dall'infortunio, cause preesistenti o sopravvenute? \_\_\_\_\_

Quali? \_\_\_\_\_

Eventuali osservazioni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**IL MEDICO CURANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Indirizzo: \_\_\_\_\_

**SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO**



Spett.le  
Provincia Autonoma di Trento  
Cassa provinciale antincendi  
Via Secondo da Trento, 2  
38121 – TRENTO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, comunica di seguito i propri dati personali.

Cognome e nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Residenza comune loc./via e n. civico	
C.A.P.	
Provincia	
Recapiti telefonici	
e-mail/fax (*)	
Codice fiscale	

Banca d'appoggio	
Sede/filiale	
Codice IBAN	

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che i dati sopra esposti sono veritieri e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni degli stessi.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(\*) solo se in possesso

Si allega la seguente documentazione:

**Informativa ai sensi del Regolamento UE n. 679 del 2016 in materia di trattamento dei dati personali debitamente sottoscritta.**

**INFORMATIVA**  
**EX ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE n. 679 del 2016**

Il Regolamento Europeo UE/2016/679 (di seguito il "Regolamento") stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

In osservanza del principio di trasparenza previsto dall'art. 5 del Regolamento, la Provincia Autonoma di Trento Le fornisce le informazioni richieste dagli artt. 13 e 14 del Regolamento (rispettivamente, raccolta dati presso l'Interessato e presso terzi).

**Titolare del trattamento** dei dati personali è la Provincia Autonoma di Trento (di seguito, il "Titolare"), nella persona del legale rappresentante (Presidente della Giunta Provinciale in carica), Piazza Dante n. 15, 38122 – Trento, tel. 0461.494697, fax 0461.494603 e-mail [direzionegenerale@provincia.tn.it](mailto:direzionegenerale@provincia.tn.it), pec [segret.generale@pec.provincia.tn.it](mailto:segret.generale@pec.provincia.tn.it).

Preposto al trattamento è il Dirigente *pro tempore* del Servizio Antincendi e Protezione Civile; i dati di contatto sono: indirizzo Via Secondo da Trento n. 2, tel. 0461 492310, fax 0461 492315, e-mail [segreteriaavvf@pec.provincia.tn.it](mailto:segreteriaavvf@pec.provincia.tn.it). Preposto è anche il **oggetto designato per il riscontro** all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 15 – 22 del Regolamento, di seguito descritti.

I dati di contatto del **Responsabile della protezione dei dati** (RPD) sono: via Mantova n. 67, 38122 – Trento, fax 0461.494401, e-mail [idprivacy@provincia.tn.it](mailto:idprivacy@provincia.tn.it) (indicare, nell'oggetto: "Richiesta intervento RPD ex art. 38 Reg. UE").

Il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato al rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali e, in particolare, ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, di limitazione della conservazione, nonché di minimizzazione dei dati in conformità agli artt. 5 e 25 del Regolamento.

### **1. FONTE DEI DATI PERSONALI**

I Suoi dati

- sono stati raccolti presso: *Comandante del Corpo VVF Volontari*.
- provengono dalle seguenti fonti accessibili al pubblico:
- sono stati raccolti presso l'Interessato (Lei medesimo).

### **2. CATEGORIA DI DATI PERSONALI (INFORMAZIONE FORNITA SOLO SE I DATI SONO RACCOLTI PRESSO TERZI)**

I dati personali trattati appartengono alla/e seguente/i categoria/e:

- Dati personali diversi da particolari categorie di dati (c.d. dati comuni): dati anagrafici, residenza, num.telefono, codice fiscale, indirizzo e-mail, fax, coordinate bancarie.
- Dati personali appartenenti a particolari categorie di dati (c.d. dati sensibili): stato di salute attuale, e/o pregresso.
- Dati personali relativi a condanne penali e reati (c.d. dati giudiziari).
- Dati relativi allo stato di salute, genetici, biometrici (c.d. dati supersensibili).

### **3. FINALITA' DEL TRATTAMENTO**

Il principio di minimizzazione prevede come possano essere raccolti e trattati soltanto i dati personali pertinenti e non eccedenti alle specifiche finalità del trattamento.

Il principio di limitazione della conservazione consiste nel mantenere i dati in una forma che consente l'identificazione degli Interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità, salvo casi eccezionali.

Anche per tali ragioni, nonché nel rispetto degli artt. 13 e 14 del Regolamento, di seguito Le indichiamo specificamente le **finalità del trattamento** (cioè gli scopi per cui i dati personali sono raccolti e successivamente trattati), nonché la relativa **base giuridica** (ovvero la norma di legge – nazionale o comunitaria – o di regolamento, che consente il trattamento dei Suoi dati):

– per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare (art. 6, par. 1, lett. e), del Regolamento) e, in particolare per: corresponsione dell'indennità temporanea e permanente ai vigili del fuoco infortunatisi in servizio o per causa di servizio, o di malattie contratte nell'adempimento dello stesso, ai sensi della L.R. 20 agosto 1954, n. 24, art. 33, L.P. 22 agosto 1988, n. 26 e ss.m.

Il conferimento dei Suoi dati personali è obbligatorio per le finalità di cui sopra e per tutte quelle ausiliarie e connesse (quali, ad esempio, attività di controllo e consultive); il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di corrispondere alla richiesta connessa alla specifica finalità.

Per massima chiarezza, Le precisiamo che, essendo fondato sulle predette basi giuridiche, non è quindi necessario il Suo consenso al trattamento di tali dati personali.

#### **4. MODALITA' DEL TRATTAMENTO**

Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e con strumenti automatizzati (informatici/elettronici) con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi. I Suoi dati saranno trattati, esclusivamente per le finalità di cui sopra, dal personale dipendente e, in particolare, da Preposti al trattamento (Dirigenti), appositamente nominati, nonché da Addetti al trattamento dei dati, specificamente autorizzati ed istruiti.

Sempre per le finalità indicate, i Suoi dati potranno essere trattati da soggetti che svolgono attività strumentali per il Titolare, che prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati Responsabili del trattamento ex art. 28 del Regolamento. L'elenco aggiornato dei Responsabili è consultabile presso i nostri uffici siti in Via Secondo da Trento n. 2.

#### **5. PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONE**

E' esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.

#### **6. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI (CATEGORIE DI DESTINATARI)**

La informiamo che i Suoi dati potranno essere comunicati alle seguenti categorie di destinatari:

- Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari- Provincia Autonoma di Trento;
- Medico di fiducia della Cassa provinciale antincendi;
- Medici professionisti, ove richiesto;
- Amministrazioni pubbliche ai sensi di legge;

per l'esecuzione del seguente **obbligo legale** cui è soggetto il Titolare (art. 6, par. 1, lett. c), del Regolamento pertanto, il conferimento dei Suoi dati personali è obbligatorio; il Suo rifiuto alla comunicazione dei dati comporterà l'impossibilità di corrispondere alla richiesta connessa alla specifica finalità.

I Suoi dati personali, fermo il divieto di diffusione dei dati relativi alla salute, saranno diffusi ai sensi e per gli effetti delle seguente norma:

della L.R. 20 agosto 1954, n. 24, art. 33, L.P. 22 agosto 1988, n. 26 e ss.m.

#### **7. TRASFERIMENTO EXTRA UE**

I dati personali non saranno trasferiti fuori dall'Unione Europea.

#### **8. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI**

In osservanza del succitato principio di limitazione della conservazione, il periodo di conservazione dei Suoi dati personali è nei limiti fissati dal "massimario di scarto", cioè da un minimo di dieci anni ad un termine di conservazione illimitato, per i dati diversi da quelli compresi nelle "particolari categorie", dalla raccolta dei dati stessi.

Trascorso tale termine i dati saranno cancellati, fatta salva la facoltà del Titolare di conservarli ulteriormente per **finalità compatibili** con quelle sopra indicate.

#### **9. DIRITTI DELL'INTERESSATO**

Lei potrà esercitare, nei confronti del Titolare ed in ogni momento, i diritti previsti dal Regolamento.

In base alla normativa vigente Lei potrà:

- chiedere l'accesso ai Suoi dati personali e ottenere copia degli stessi (art. 15);
- qualora li ritenga inesatti o incompleti, richiederne, rispettivamente, la rettifica o l'integrazione (art. 16);
- se ricorrono i presupposti normativi, opporsi al trattamento dei Suoi dati (art. 21), richiederne la cancellazione (art. 17), o esercitare il diritto di limitazione (art. 18).

Ai sensi dell'art. 19, nei limiti in cui ciò non si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato, il Titolare comunica a ciascuno degli eventuali destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali le rettifiche, o cancellazioni, o limitazioni del trattamento effettuate; qualora Lei lo richieda, il Titolare Le comunicherà tali destinatari.

In ogni momento, inoltre, Lei ha diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo.

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa

---

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, residente a, \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**DICHIARA**

ai fini della liquidazione dell'indennità giornaliera spettante ai VV.F.Volontari infortunati in servizio o per causa di servizio, ricoverati in ospedale o in istituti di cura, (art. 5 D.P.G.R. 24 maggio 1956, n. 32)

di avere a proprio carico:

\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del decreto legislativo 196/2003 che i dati forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione; il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico; il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse; titolare del trattamento è la Provincia Autonoma di Trento; responsabile del trattamento è il Dirigente del Servizio Antincendi e Protezione Civile; in ogni momento Lei potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del decreto Legislativo 196/2003.

Luogo e data

Firma dell'interessato<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup>La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, residente a, \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**DICHIARA**

ai fini della liquidazione dell'indennità giornaliera spettante ai VV.F.Volontari infortunati in servizio o per causa di servizio, ricoverati in ospedale o in istituti di cura, (art. 5 D.P.G.R. 24 maggio 1956, n. 32)

di non avere persone a proprio carico.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del decreto legislativo 196/2003 che i dati forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione; il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico; il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse; titolare del trattamento è la Provincia Autonoma di Trento; responsabile del trattamento è il Dirigente del Servizio Antincendi e Protezione Civile; in ogni momento Lei potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del decreto Legislativo 196/2003.

Luogo e data

Firma dell'interessato<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup>La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi.