







## ACCERTAMENTO MEDICO

(ART. 56, comma I, DEL REGOLAMENTO UNICO DELLA PREVIDENZA FORENSE)

### INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196)

*Si comunica che la presente domanda verrà trattata da questo Ente nell'ambito delle proprie finalità istituzionali e trasmessa, unitamente alla documentazione medica ivi allegata, al Delegato di zona Avv. ...., per la nomina di una Commissione Medica, come previsto dal Regolamento Unico della Previdenza Forense.*

### CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il/la sottoscritto/a, \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

### ESPRI ME

Acquisite le informazioni di cui al D.Lgs n. 196/03, il proprio consenso al trattamento dei suoi dati anche da parte della Commissione Medica e alla trasmissione della documentazione medica al Delegato sopra indicato, appartenente al collegio in cui è compreso l'ordine forense al quale è **iscritto il richiedente**.

Data ...../...../.....

Firma.....

Allegare alla domanda in caso di infortunio<sup>1</sup>

**CERTIFICAZIONE INFORTUNIO**

Il/La sottoscritto/a.....

**D I C H I A R A**

- che l'infortunio da cui è derivata l'infermità è avvenuto in data il |\_|\_|/ |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|
- senza responsabilità di terzi  con responsabilità di terzi
- l'autore è stato: (nome e cognome).....
- il responsabile civile è: .....  
 (sede o domicilio) .....
- la persona o l'Ente è assicurato per danni contro terzi : SI  NO
- la denominazione e l'indirizzo della società di assicurazione e/o di qualsiasi persona o Ente responsabili sono: .....
- ha già ottenuto un indennizzo:
- SI € ..... , ..... (data del pagamento: |\_|\_|/ |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|)
- NO
- nei confronti dello stesso autore pende procedimento penale:
- SI
- NO
- ovvero*
- ha proposto azione civile per ottenere il risarcimento del danno:
- SI
- NO

**S I I M P E G N A**

- a trasmettere alla Cassa copia dell'atto iniziale del procedimento civile per il risarcimento del danno ed ogni sentenza o ordinanza esecutiva resa dall'autorità giudiziaria civile o penale, entro venti giorni dalla notifica o dal deposito in cancelleria, ovvero copia dell'eventuale successivo atto di transazione;
- a dare comunicazione, in caso di successivo indennizzo, dell'importo ricevuto.

Il/La sottoscritto/a **DICHIARA** di aver preso visione dell'Informativa al trattamento dei Suoi dati personali visitando il sito [www.cassaforense.it](http://www.cassaforense.it), sezione La Cassa / Privacy Policy.

**SOTTOSCRIVE**, ai sensi del Lgs. 196/03, la dichiarazione di consenso informato per il trattamento dei dati riportati per le finalità connesse all'erogazione delle prestazioni richieste.

**RENDE**, ai sensi del DPR 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di falsa attestazione, le dichiarazioni di cui sopra.

Data ...../...../.....

Firma.....

Allega:

- documentazione comprovante l'ammontare dell'indennizzo ricevuto dall'istituto assicuratore o dal responsabile del danno.

Allegare alla domanda di pensione

**CERTIFICATO MEDICO  
per il conseguimento della pensione di INABILITA'**

Si certifica che l'Avvocato .....nato il |\_|\_|/ |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|  
è affetto da:

---

---

---

---

---

a **decorrere** dal |\_|\_|/ |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

**Tale patologia comporta l'esclusione della capacità lavorativa in modo  
permanente e totale.**

Data

Firma e timbro del medico

|\_|\_|/ |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

---