

# Procura e consenso a trasmettere dati Care Management



## Impresa:

Numero di contratto: \_\_\_\_\_  
Datore di lavoro: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Human Resources: \_\_\_\_\_ Superiore: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Cellulare: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## Collaboratrice/tore

Cognome, nome: \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_  
Numero d'assicurazione sociale: **756.** \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Telefono/Cellulare: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Sesso: \_\_\_\_\_  
Madrelingua/ Altre lingue: \_\_\_\_\_

## Formulazione dell'incarico / Desideri / Questioni specifiche al caso

\_\_\_\_\_

## Obiettivi

\_\_\_\_\_

## Osservazioni

\_\_\_\_\_

## Procura

La persona sottoscritta conferisce al suo datore di lavoro la delega di contattare Swiss Life SA («Swiss Life») quale gerente delle sue fondazioni di previdenza risp. società d'assicurazione per la previdenza a favore del personale nonché la sua società partner Aviga AG di Zurigo («Aviga»), specializzata in Care Management nell'ambito della gestione della salute in azienda (Care Management).

## Dichiarazione di consenso del/la collaboratrice/tore

La collaboratrice/Il collaboratore sottoscritto/a è d'accordo che i suoi dati possano essere trasmessi dal datore di lavoro a Swiss Life SA, alle sue fondazioni di previdenza e alla partner di cooperazione Aviga AG nella misura necessaria per l'accertamento e l'eventuale inizializzazione successiva di un'assistenza o di un accompagnamento Care Management e che i dati in questione possano essere trattati da Swiss Life, dalle sue fondazioni di previdenza e da Aviga. I dati vengono trattati in modo strettamente confidenziale e servono esclusivamente al disbrigo del Care Management personale.

\_\_\_\_\_

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma datore di lavoro

\_\_\_\_\_

Firma collaboratrice/tore