



Fondo Integrativo Sanitario per i  
Dipendenti del Gruppo ENEL

**DICHIARAZIONE DA RILASCIARE A CURA DEL FAMILIARE MAGGIORENNE A CARICO**

**(da allegare unitamente alla documentazione sanitaria e fiscale)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di (grado di parentela)

\_\_\_\_\_ del Socio \_\_\_\_\_ in relazione alla richiesta di rimborso consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono false attestazioni,

**DICHIARA**

- Di essersi trovato nell'impossibilità di avvalersi del SSN/SSR per l'esigenza di fruire tempestivamente delle prestazioni sanitarie per le quali richiede il rimborso;
- Di aver preso visione e di conoscere quanto previsto dall'art. 6 dello Statuto FISDE, nonché di impegnarsi a:
  1. riversare al FISDE sul c/c postale 95885000 intestato a FISDE – Via Nizza, 152 – 00198 Roma, o sul c/c bancario intestato a FISDE, entro 30 giorni dalla data in cui ha ottenuto il rimborso corrisposto dalla Regione o da altri Organismi, l'importo stesso nei limiti del rimborso ottenuto dal FISDE per le prestazioni sanitarie oggetto della medesima richiesta alla ASL ed al FISDE;
  2. riversare al FISDE, mediante i suddetti conti correnti, la parte di anticipazione che dovesse risultare eccedente la spesa effettivamente sostenuta, entro 30 giorni dal pagamento delle prestazioni fruite;
  3. fornire tutte le informazioni al FISDE e sottoporsi ad eventuali controlli medici, anche in fase di ricovero, previsti dal Regolamento, nel rispetto della legislazione vigente, per la verifica della sussistenza delle condizioni previste ai fini della concessione del rimborso;

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

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (D.lgs. n.196/2003)**

Il sottoscritto presa visione dell'Informativa in tema di Privacy (presente anche sul sito internet del FISDE) dichiara di esprimere il proprio consenso affinché i propri dati personali e sensibili siano oggetto di trattamento e comunicazione secondo le modalità e nei limiti di cui alla sopra richiamata informativa. Dichiara, inoltre, di sciogliere dal segreto professionale i professionisti che lo hanno tenuto o terranno in cura ed i professionisti che hanno prodotto le certificazioni necessarie compilate od allegate.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
Il Socio (firma leggibile)

\_\_\_\_\_  
L'avente diritto (firma leggibile)