



Fondo Integrativo Sanitario per  
i Dipendenti del Gruppo ENEL

## REGOLAMENTO PER LE PRESTAZIONI ALLE PERSONE DISABILI

### DOMANDA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

Il/La sottoscritto/a

Cognome ..... Nome .....

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SOCIO ORDINARIO  SOCIO STRAORDINARIO  SOCIO AGGREGATO

#### CHIEDE

ai sensi dell'articolo 3 del "Regolamento per le prestazioni alle persone disabili" l'accesso alle prestazioni

PER SE STESSO  PER IL FAMILIARE A CARICO

cognome ..... nome .....

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data e luogo di nascita .....

#### DICHIARA

che l'assistito appartiene ad una delle seguenti categorie

(barrare la categoria interessata):  Soggetto con invalidità pari al 100%

Soggetto con indennità di accompagnamento

Soggetto di età inferiore agli anni 18, riconosciuti invalidi civili,  
in relazione a difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età

Cieco assoluto

Sordomuto

Soggetto in possesso del riconoscimento della legge 104/92

Soggetto di età fino a 40 anni in possesso del riconoscimento della legge 104/92

#### ALLEGA LA SEGUENTE CERTIFICAZIONE

..... rilasciata il .....

..... rilasciata il .....

..... rilasciata il .....

#### 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.

\_\_\_\_\_  
Il Socio (FIRMA LEGGIBILE)

\_\_\_\_\_  
L'avente diritto – se maggiorenne - (FIRMA LEGGIBILE)

\_\_\_\_\_  
Il Tutore (FIRMA LEGGIBILE)