



Fondo Integrativo Sanitario per  
i Dipendenti del Gruppo ENEL

N. PRATICA

**MODULO RIMBORSO PRESTAZIONI ALLE PERSONE DISABILI ED IN SITUAZIONE DI EMERGENZA SOCIALE**

**Avvertenze: la domanda presentata deve essere corredata della documentazione prevista dai regolamenti FISDE vigenti. Le fatture devono recare la marca da bollo laddove prevista dalla normativa fiscale.**

Il/La sottoscritto/a	<input type="checkbox"/>	SOCIO ORDINARIO	<input type="checkbox"/>	SOCIO STRAORDINARIO	<input type="checkbox"/>	SOCIO AGGREGATO
Cognome .....				Nome .....		
Tel. ....				E-mail .....		
Codice Fiscale						Chiede <input type="checkbox"/> PER SE <input type="checkbox"/> PER L'AVENTE DIRITTO
Cognome .....				Nome .....		
Codice Fiscale						
il rimborso per :				ed allega i documenti e le fatture come di seguito indicato:		
<b>SOGGETTO CHE HA EMESSO FATTURA/RICEVUTA FISCALE</b>		<b>NUMERO</b>	<b>DATA</b>	<b>IMPORTO</b>		

**DICHIARAZIONI DI IMPEGNO E RESPONSABILITA' DA PARTE DEL SOCIO**

Ai fini della presente domanda, il/la sottoscritto/a dichiara:

- di essersi trovato/a nella impossibilità di avvalersi del SSN/SSR per l'esigenza di fruire tempestivamente delle predette prestazioni sanitarie;
- di conoscere lo Statuto, il Regolamento delle prestazioni sanitarie, lo P.S.A.I. ed il Nomenclatore Tariffario di FISDE e di impegnarsi, secondo quanto previsto dall'art.6 del Regolamento per le prestazioni alle persone disabili e del Regolamento delle prestazioni sanitarie, in particolare :
- di impegnarsi a riversare a FISDE sul c/c postale 95885000 intestato a FISDE - Via Nizza, 152 - 00198 Roma, o sul c/c bancario Monte dei Paschi di Siena - IBAN IT18Y010300326300000024096 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 da FISDE per le prestazioni sanitarie oggetto della medesima richiesta alla ASL ed a FISDE, nonché a riversare la parte di anticipazione che dovesse risultare eccedente il rimborso spettante, entro 30 giorni dal pagamento delle prestazioni fruite.

Il sottoscritto dichiara, inoltre:

- di essere a conoscenza di quanto previsto dall'art. 8 del Regolamento per le prestazioni disabili e del Regolamento delle prestazioni sanitarie e dall'art.5 del Regolamento per le prestazioni in situazione di emergenza sociale, riconoscendo a FISDE la facoltà di avvalersi di propri medici per il controllo delle prestazioni effettuate e per la verifica della sussistenza delle condizioni previste ai fini della concessione del rimborso;
- di essere a conoscenza delle sanzioni applicabili nel caso di produzione di documentazione o dichiarazioni non veritiere allo scopo di ottenere rimborsi non dovuti, come la sospensione del diritto alle prestazioni, o la perdita della qualifica di socio nei casi di maggiore gravità;
- che il familiare al quale è riferita la prestazione oggetto di rimborso è un proprio familiare fiscalmente a carico per il quale ha titolo ed usufruisce delle deduzioni/detraioni IRPEF. Al riguardo, si impegna a produrre, entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello della data delle fatture relative alle prestazioni, la documentazione fiscale attestante la situazione di carico fiscale ed a restituire a FISDE quanto percepito nel caso il familiare non risultasse fiscalmente a carico. Dichiara di essere a conoscenza delle conseguenze derivanti dal mancato rispetto di detto termine ovvero dalla produzione di documentazione non comprovante che il familiare era a carico;
- che la documentazione trasmessa in copia è identica all'originale in suo possesso;
- di essere a conoscenza dell'obbligo di conservare in originale la documentazione fiscale di spesa e la documentazione fiscale attestante la situazione di carico fiscale (nel caso di rimborsi in favore dei familiari a carico) fino al 31 dicembre del quinto anno successivo a quello di fruizione del rimborso ed esibirla, a richiesta di FISDE.

(luogo e data)

Il Socio (firma leggibile)

L'avente diritto - se maggiorenne (firma leggibile)

Il Tutore (firma leggibile)

**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 - se maggiorenne (firma leggibile)

Il Tutore (firma leggibile)