FISDE

Fondo Integrativo Sanitario per i Dipendenti del Gruppo ENEL

N. PRATICA _____

PREVENZIONE PAPILLOMA VIRUS

Avvertenze: la prevenzione è rivolta ai Soci, familiari a carico dei Soci Ordinari, nonché – ove previsto dalle convenzioni -"Soci Aggregati" e relativi familiari a carico. La domanda completa di tutti i documenti di spesa dovrà essere presentata, entro il sessantesimo giorno successivo a quello della data dell'ultimo giustificativo di spesa. Le fatture devono recare la marca da bollo laddove prevista dalla normativa fiscale. IL RIMBORSO SARA' EFFETTUATO A CONDIZIONE CHE TUTTE LE PRESTAZIONI PREVISTE SIANO STATE EFFETTUATE. Le eventuali prestazioni sanitarie, prescritte nel corso degli accertamenti e non previste dal programma di prevenzione, saranno rimborsate ai sensi della regolamentazione delle prestazioni sanitarie.

RIMBORSO MASSIMO RICONOSCIUTO: ENTRO IL LIMITE DI € 350,00 - FINO A CONCORRENZA DELLA SPESA SOSTENUTA • **DESTINATARI:** SOCI DI SESSO FEMMINILE APPARTENENTI ALLA FASCIA DI ETÀ FRA 12 E 18 ANNI • **CADENZA CONTROLLI:** OGNI DUE ANNI • **PRESTAZIONI AMMESSE AL RIMBORSO**: VACCINO PER LA PREVENZIONE DEL PAPILLOMA-VIRUS

Il/La sottoscritto/a ☐ SOCIO ORDINARIO ☐ SOCIO STRAORDINARIO ☐ SOCIO AGGREGATO

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

Tel. ..... E-mail .....

Codice Fiscale __|_|___|__|__|__|___|__|__|___|__|__|___|__|__|__|____|

Avendo aderito al programma di prevenzione del papilloma virus chiede : ☐ PER SE ☐ PER L'AVENTE DIRITTO

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

Codice Fiscale |___|__|___|__|__|__|___|__|__|___|__|__|___|___|___|___|__|

il rimborso delle spese sostenute nell'ambito del tetto massimo previsto ed allega le seguenti fatture:

SOGGETTO CHE HA EMESSO FATTURA/RICEVUTA FISCALE	NUMERO	DATA	IMPORTO

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, in particolare a:
- 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 IT18Y0103003263000000024096 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.

Il sottoscritto dichiara , inoltre:
- di essere a conoscenza di quanto previsto dall'art. 8 del Regolamento delle prestazioni sanitarie, 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 sanitaria oggetto di rimborso è un proprio familiare fiscalmente a carico per il quale ha titolo ed usufruisce delle deduzioni/detrazioni IRPEF. Al riguardo, si impegna a produrre, entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello della data delle fatture relative alle prestazioni sanitarie, 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)

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)