FISDE

Fondo Integrativo Sanitario per i Dipendenti del Gruppo ENEL

Spett.le FISDE

Oggetto: Restituzione rimborsi/servizi non dovuti – richiesta rateizzazione

Il/La sottoscritto/a

cognome .... nome ....

codice fiscale I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I premesso che è tenuto a restituire per rimborsi/servizi non dovuti la somma di

€ .... per i seguenti familiari risultati non a carico per l' anno ……….. :

NOMINATIVO FAMILIARE NON A CARICO	**IMPORTO TOTALE RIMBORSI / SERVIZI PERCEPITI**
....	....
....	....
....	....

Conformemente alla delibera FISDE che prevede che **per importi superiori ad Euro 500,00**, il socio possa richiedere la rateizzazione secondo i seguenti criteri:

- per importi da 501,00 Euro a 3.000 Euro restituzione rate mensili di importo non inferiore a 300,00 Euro ;
- per importi superiori a 3.000 Euro restituzione in un massimo di 12 rate mensili

si impegna a restituire l'importo di cui sopra secondo il seguente piano:

NUMERO RATE .... DATA PRIMA RATA .... DATA ULTIMA RATA ....

Le singole rate saranno versate:

- SUL C/C POSTALE N° 95885000 (INTESTATO A FISDE VIA NIZZA, 152 - ROMA);
- SUL C/C BANCARIO COD. IBAN **IT06V0100503205000000003793**

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che riacquisirà il diritto alle prestazioni del FISDE solo a seguito dell'integrale restituzione.

………………….lì ……………… ………...

Il Socio (FIRMA LEGGIBILE)

Consenso al trattamento dati personale sensibili, ai sensi del D. Lgs. 196/2003

Il/la sottoscritto/a, presa visione dell'informativa in tema di privacy presente nel sito internet del FISDE, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, dichiara di prestare 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.

……………….li……………………..…………… ……..……………………………………………………..

Firma leggibile del Socio

DA TRASMETTERE AL FISDE