

**MODULO PER RIMBORSO PRESTAZIONI SANITARIE IN FORMA DIRETTA – FAX DI RICHIESTA AUTORIZZAZIONE**

IL SOTTOSCRITTO/A	<input type="checkbox"/> SOCIO ORDINARIO	<input type="checkbox"/> SOCIO STRAORDINARIO	<input type="checkbox"/> SOCIO AGGREGATO
COGNOME _____	NOME _____		
TEL. _____	MAIL _____		
CODICE FISCALE	CHIEDE	<input type="checkbox"/> PER SE	<input type="checkbox"/> PER L'AVENTE DIRITTO
COGNOME _____	NOME _____		
CODICE FISCALE	l'autorizzazione alla seguente prestazione sanitaria:		

**COMPILAZIONE A CURA DELLA STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA**

STRUTTURA SANITARIA _____	N. FAX _____
COD. PRESTAZIONE FISDE _____	Data prevista della prestazione: _____
<b>Si allega:</b>	
prescrizione/attestazione sanitaria ove prevista (N.B. per la fisiochinesiterapia la prescrizione deve indicare la diagnosi eziologica nonché tipologia e numero prestazioni) <input type="checkbox"/>	
preventivo odontoiatria <input type="checkbox"/>	preventivo ricovero <input type="checkbox"/>
preventivo fisiochinesiterapia <input type="checkbox"/>	
_____ (luogo e data)	_____ Il Socio (firma leggibile)
_____ L'avente diritto – se maggiorenne (firma leggibile)	
_____ Timbro e Firma Struttura Sanitaria	

**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 del Fisd e di impegnarsi, secondo quanto previsto dall'art.6 del Regolamento, in particolare a:

- 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, nonché a riversare la parte di anticipazione che dovesse risultare eccedente la spesa effettivamente sostenuta, entro 30 giorni dal pagamento delle prestazioni fruite.

Il sottoscritto dichiara, inoltre:

- di essere a conoscenza di quanto previsto dall'art. 8 del Regolamento delle prestazioni sanitarie, riconoscendo al 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 dall'esercizio del diritto alle prestazioni, o la perdita della qualifica di socio nei casi di maggiore gravità;

- che le prestazioni di cui alla presente domanda saranno fruite nella piena titolarità del diritto alle stesse, impegnandosi a restituire al FISDE le somme pagate dal Fondo alla struttura sanitaria per prestazioni fruite in assenza di titolarità del diritto;

- 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/detraioni 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 al 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;

- 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)

**COMPILAZIONE A CURA DEL FISDE**SI NO 

N. AUTORIZZAZIONE \_\_\_\_\_

COD. FISDE AUTORIZZATO \_\_\_\_\_

**Odontoiatria: E' obbligatorio presentare gli esami richiesti, a completamento della pratica, secondo un criterio di omogeneità**

IMPORTO TOTALE \_\_\_\_\_ QUOTA FISDE \_\_\_\_\_ QUOTA SOCIO \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL FISDE \_\_\_\_\_