

MODULO PER RIMBORSO PRESTAZIONI SANITARIE FRUITE IN FORMA INDIRECTA

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 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	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	il rimborso per la seguente prestazione sanitaria:		

- Allega: PRESCRIZIONE/ATTESTAZIONE SANITARIA CARTELLA CLINICA ALTRO
 FATTURA/RICEVUTA FISCALE SCHEDA PER CURE ODONTOIATRICHE CERTIFICAZIONE CURE ODONTOIATRICHE

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 (circostanza esclusa per i ticket);
 - 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:
 - riversare a FISDE sul c/c postale 95885000 intestato a FISDE – Via Nizza, 152 – 00198 Roma, o sul c/c bancario BNL – IBAN IT06V010050320500000003793 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 fruitte.
 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 (familiari non a carico per maternità e cure per l'infertilità) per il quale ha titolo ed usufruisce delle deduzioni/detrazioni IRPEF. Al riguardo, si impegna a produrre, entro il 31 luglio 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. Dichiaro 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 (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 artt.6,7,8 e 9 Regolamento UE 2016/679

Il sottoscritto presa visione dell'Informativa Generale Privacy (presente sul sito internet del FISDE) che dichiara di aver letto, esprime il proprio consenso, in maniera consapevole, affinché i propri dati personali siano oggetto di trattamento e comunicazione secondo le modalità, finalità e nei limiti di cui alla sopra richiamata informativa.

_____ Il Socio (firma leggibile)

_____ L'avente diritto – se maggiorenne (firma leggibile)