FISDE **Fondo Integrativo Sanitario per I Dipendenti del Gruppo ENEL**

MODULO PER RIMBORSO PRESTAZIONI SANITARIE IN FORMA DIRETTA – RICHIESTA AUTORIZZAZIONE

IL SOTTOSCRITTO/A ☐ SOCIO ORDINARIO ☐ SOCIO STRAORDINARIO ☐ SOCIO AGGREGATO

COGNOME _____ NOME _____

TEL. _____ MAIL _____

CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **CHIEDE** ☐ PER SE ☐ PER L'AVENTE DIRITTO

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| l'autorizzazione alla seguente prestazione sanitaria:

……..

COMPILAZIONE A CURA DELLA STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA

STRUTTURA SANITARIA _____

COD. PRESTAZIONE FISDE _____ Data prevista della prestazione: _____

Si allega:

prescrizione/attestazione sanitaria ove prevista (N.B. per la fisiochinesiterapia la prescrizione deve indicare la diagnosI nonché tipologia e numero prestazioni) ☐

Preventivo/Modulo di prenotazione odontoiatria ☐ **Preventivo/Modulo di prenotazione ricovero** ☐ **Preventivo/Modulo di prenotazione fisiochinesiterapia** ☐

_____	_____	_____
(luogo e data)	Il Socio (firma leggibile)	L'avente diritto – se maggiorenne (firma leggibile)

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 del Fisde 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 BNL – IBAN IT06V0100503205000000003793 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 (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 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 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)
…… ……	……