FISDE

Fondo Integrativo Sanitario per i Dipendenti del Gruppo ENEL

PREVENZIONE CANCRO DELLA MAMMELLA

Attenzione: la prevenzione è rivolta ai Soci ordinari e relativi familiari a carico, ai Soci straordinari nonché, ove previsto dalle convenzioni ai Soci aggregati e relativi familiari a carico. La domanda completa di tutti i documenti di spesa dovrà essere presentata, entro il sessantesimo giorno successivo alla data dell'ultimo giustificativo di spesa. Le fatture devono recare la marca da bollo laddove prevista dalla normativa fiscale.

Il rimborso sarà 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 € 150,00 fino a concorrenza della spesa sostenuta • **DESTINATARI:** soci di sesso femminile a partire dai 40 anni • **CADENZA CONTROLLI:** ogni anno • **PRESTAZIONI AMMESSE AL RIMBORSO**: RX mammografia ed ecografia mammaria.

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

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

tel. ..... e-mail .....

Codice Fiscale I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Avendo aderito al programma di prevenzione cancro della mammella chiede: ☐ PER SÈ ☐ PER L'AVENTE DIRITTO

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

Codice Fiscale I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

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 RESPONSABILITÀ 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, Piano sanitario e il Nomenclatore tariffario di Fisde e di impegnarsi, secondo quanto previsto dall'art.6.4 del Piano sanitario, 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 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 da Fisde per le prestazioni sanitarie oggetto della medesima richiesta alla ASL e a Fisde.

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di essere a conoscenza di quanto previsto dall'art. 6.7 del Piano sanitario, 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 31 luglio dell'anno successivo a quello della data delle fatture relative alle prestazioni sanitarie, la documentazione fiscale attestante la situazione di carico fiscale e 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 artt.6,7,8 e 9 Regolamento UE 2016/679

Il sottoscritto presa visione dell'Informativa Generale Privacy (su www.fisde.it) 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)

....