fisde
Fondo integrativo sanitario per i dipendenti del Gruppo Enel

modulo 10-2024

# Scheda per rimborso spese farmaceutiche
## prestazione per persone con disabilità

da allegare alla richiesta di rimborso, insieme alla prescrizione medica

### I miei dati

**nome** _____ **cognome** _____

**con riferimento alla richiesta di rimborso, specifico quanto segue:**

assistito/a: _____
nome e cognome

diagnosi: _____
come da prescrizione medica allegata

totale numero scontrini: _____

| numero scontrino | farmaco | q.tà | prezzo unitario | importo totale |
|---|---|---|---|---|
| | | | € | € |
| | | | € | € |
| | | | € | € |
| | | | € | € |
| | | | € | € |
| | | | € | € |
| | | | € | € |
| | | | € | € |
| | | | € | € |
| | | | € | € |
| | | | € | € |
| | | | € | € |
| | | | € | € |
| | | | € | € |
| | | | € | € |
| | | | totale | € |

luogo e data _____

**Consenso al trattamento dei dati personali - artt. 6, 7, 8 e 9 del Regolamento UE 2016/679**

Dichiaro di avere preso visione e di avere compreso l'Informativa Privacy (pubblicata nell'area riservata Fisdeweb) ed esprimo il mio consenso consapevole al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali secondo le modalità, finalità e limiti di cui alla sopra richiamata informativa.

| **il Socio** (firma leggibile) | **l'avente diritto se maggiorenne** (firma leggibile) | **il Tutore/Amm. Sost./Procuratore** (firma leggibile) |
|---|---|---|