

Dichiarazione del familiare maggiorenne

da allegare alla documentazione sanitaria e fiscale

I miei dati

dichiarante _____
nome _____ cognome _____

in qualità di (indicare il grado di parentela) _____

del Socio _____
nome _____ cognome _____

in relazione alla richiesta di rimborso

ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR per dichiarazioni mendaci e atti falsi

dichiaro:

- di essermi trovato/a nell'impossibilità di avvalermi del SSN/SSR per l'esigenza di fruire tempestivamente delle prestazioni sanitarie per le quali richiedo il rimborso (circostanza esclusa per i ticket)
- di conoscere quanto previsto dall'art. 6 dello Statuto Fisde
- di conoscere il Piano sanitario e di impegnarmi, secondo quanto previsto dall'art. 6.4, in particolare a:
 - restituire a Fisde, entro 30 giorni dalla data in cui ho ottenuto il rimborso corrisposto dalla Regione o da altri Organismi, tale importo nei limiti del rimborso ottenuto da Fisde per le prestazioni sanitarie oggetto della medesima richiesta al servizio sanitario pubblico e a Fisde, su c/c postale 95885000 intestato a Fisde, Via Nizza, 152 - 00198 Roma, o su c/c bancario BNL - IBAN IT06V0100503205000000003793 intestato a Fisde;
 - restituire a Fisde la parte di anticipazione che dovesse risultare eccedente la spesa effettivamente sostenuta, entro 30 giorni dal pagamento delle prestazioni fruite, mediante i conti correnti indicati sopra;
 - fornire tutte le informazioni a Fisde e sottopormi a eventuali controlli medici, anche in fase di ricovero, previsti dal Piano sanitario, nel rispetto della legislazione vigente, per la verifica della sussistenza delle condizioni previste ai fini della concessione del rimborso.

luogo e data

il familiare maggiorenne dichiarante

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.

luogo e data

il Socio

il familiare maggiorenne dichiarante