fisde
Fondo integrativo sanitario per i dipendenti del Gruppo Enel

modulo 9-2024

Domanda di accesso alle prestazioni per le persone con disabilità

I miei dati

❑ Socio ordinario ❑ Socio straordinario ❑ Socio aggregato (barrare la casella per indicare tipo Socio)

nome _____ cognome _____

CF | | | | | | | | | | | | | | | |

chiedo

❑ per me

❑ per il familiare a carico:

nome _____ cognome _____

nato a _____ il ____/_____/_____ CF | | | | | | | | | | | | | | | |

l'accesso alle prestazioni per le persone con disabilità ai sensi dell'articolo 3.3 del Piano sanitario

❑ **prima iscrizione**

❑ **aggiornamento per visita di revisione**

❑ **proroga della scadenza per 12 mesi con riserva di fruizione**, in attesa della visita di revisione, del diritto alle prestazioni con verifica successiva di permanenza dei requisiti per l'accesso alle stesse e consapevole che la certificata mancanza dei requisiti per l'accesso o l'omessa comunicazione entro 24 mesi comporta l'obbligo di restituzione degli importi percepiti.

e dichiaro che l'assistito appartiene a una delle categorie seguenti: (barrare la categoria interessata)

❑ **soggetto con invalidità pari al 100%**

❑ **soggetto con indennità di accompagnamento**

❑ **soggetto di età inferiore agli anni 18, riconosciuto invalido civile, in relazione a difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età**

❑ **cieco assoluto**

❑ **sordomuto**

❑ **soggetto in possesso del riconoscimento della legge 104/92**

❑ **soggetto di età fino a 40 anni in possesso del riconoscimento delle legge 104/92**

Allego la certificazione: (non sono ammesse copie parziali o con omissis)

_____ **rilasciata il** ____/____/_____

_____ **rilasciata il** ____/____/_____

_____ **rilasciata il** ____/____/_____

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 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)

In caso di **Tutore** o **Amministratore di Sostegno**, è necessario allegare: **1**. copia dell'atto di nomina del giudice e **2**. copia del verbale di giuramento presso il giudice tutelare. In alternativa allegare copia dell'estratto di nascita con annotazione a margine della tutela.
In caso di **Procuratore**, è necessario allegare copia dell'atto notarile di procura.