

MODULO DI RIMBORSO

Nome e Cognome : _____

nato/a il _____ a _____ Codice Fiscale: _____

residente in via _____ città _____ (prov. _____)

e-mail _____ Tel _____

lavoratore dipendente presso: _____

COORDINATE BANCARIE IBAN C/C SUL QUALE ACCREDITARE IL RIMBORSO

(da compilare solo in caso di prima richiesta di rimborso o di variazione di dati precedentemente comunicati)

Intestatario conto corrente bancario Sig. _____

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	NUMERO C/C

Il sottoscritto richiede il rimborso delle spese sanitarie sostenute, come da allegata documentazione.

(allegare tutta la documentazione richiesta dal Regolamento per il proprio Piano di Assistenza)

N° DOC.	DATA DOC.	PRESTAZIONE	STRUTTURA	IMPORTO	MODALITA' di PAGAMENTO Dichiarare se effettuato mediante contanti o altri sistemi di pagamento tracciabili*

* Ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche, la detrazione dall'imposta lorda nella misura del 19 per cento degli oneri indicati nell'articolo 15 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e in altre disposizioni normative spetta a condizione che l'onere sia sostenuto con versamento bancario o postale ovvero mediante altri sistemi di pagamento previsti dall'articolo 23 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241.

NOTE: indicare di seguito eventuali variazioni di residenza o altre comunicazioni

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D.LGS. n. 196/2003 e s.m.i.)

Con la sottoscrizione della domanda, il socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 integrato con le modifiche introdotte dal D. Lgs n.101 del 10 agosto 2018 per il trattamento dei dati sensibili, esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa. Il consenso è reso, in particolare, con riferimento alle comunicazioni della Società nei confronti di: a) propri consulenti e/o esterni con specifici incarichi per conto del Sodalizio; b) istituti bancari, postali e società che forniscono servizi collaterali per la gestione di incassi relativi al pagamento dei contributi associativi e pagamenti derivanti dall'erogazione dei sussidi; c) soggetti ed enti aventi finalità mutualistiche o sociali o culturali o sindacali, comunque per scopi di solidarietà; d) società il cui capitale sia detenuto in quota parte, prevalentemente a maggioranza del sodalizio. Il consenso è pure reso con riguardo all'acquisizione dei dati sensibili e di quelli connessi alla salute, necessari per la valutazione delle domande di sussidio (diagnosi, prescrizione medica, fotocopia della cartella clinica, etc

Luogo e data

firma del richiedente