**N. PRATICA:**

# MODULO RIMBORSO PRESTAZIONI ALLE PERSONE DISABILI ED IN SITUAZIONE DI EMERGENZA SOCIALE

Avvertenze: la domanda presentata deve essere corredata della documentazione prevista dai Regolamenti FISDE vigenti. le domande incomplete non potranno essere accolte. E' necessario esibire gli originali delle fatture con applicata la marca da bollo laddove prevista dalla normativa fiscale.

**il/la sottoscritto/a** ☐ **socio ordinario** ☐ **socio straordinario** ☐ **beneficiario esterno**

**cognome** ..... **nome** .....

**codice fiscale I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I** **chiede** **per sé** ☐ **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 per la seguente prestazione, ed allega i documenti e le fatture come di seguito indicato:**

| SOGGETTO CHE HA EMESSO FATTURA/RICEVUTA FISCALE | NUMERO | DATA | IMPORTO |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DICHIARAZIONI DI IMPEGNO E RESPONSABILITA' 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;
- di conoscere lo Statuto, il Regolamento per le prestazioni alle persone disabili, il Regolamento per le prestazioni alle persone in situazione di Emergenza Sociale il Regolamento delle prestazioni sanitarie, lo P.S.A.I. ed il Nomenclatore Tariffario del Fisde;
- di impegnarsi a riversare al FISDE sul c/c postale 95885000 intestato a FISDE – Via Nizza, 152 – 00198 Roma, o sul c/c bancario intestato a FISDE, la quota di sussidi ricevuti dal FISDE e da altri soggetti che risulti eccedente rispetto alla spesa effettivamente sostenuta.

Il sottoscritto dichiara , inoltre:
- di essere a conoscenza di quanto previsto dall'art. 8 del Regolamento per le prestazioni disabili e del Regolamento delle prestazioni sanitarie e dall'art.5 del Regolamento per le prestazioni alle persone in situazione di emergenza sociale, riconoscendo al FISDE la facoltà di effettuare le verifiche tese ad accertare la corretta fruizione delle prestazioni;
- 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/ beneficiario esterno 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 30 settembre dell'anno successivo a quello della data delle fatture relative alle prestazioni sanitarie, la documentazione reddituale attestante la situazione di carico fiscale ed a restituire al 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.

_____ _____ _____
(LUOGO E DATA) SOCIO/BENEFICIARIO ESTERNO (FIRMA LEGGIBILE) L'AVENTE DIRITTO – SE MAGGIORENNE (FIRMA LEGGIBILE)

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (D.LGS. N.196/2003)**

Preso atto dell'informativa ricevuta, esprimo il mio consenso al FISDE, ai consulenti e fornitori di servizi del FISDE, all'ARCA, alle Strutture Sanitarie ed ai Medici-Chirurghi-Odontoiatri che lo hanno tenuto o terranno in cura, affinché gli stessi soggetti possano trattare, anche con sistemi informatici, i propri dati personali e sensibili per quanto previsto dalla normativa FISDE. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa. Dichiara, inoltre, di sciogliere dal segreto professionale i professionisti che lo hanno tenuto o terranno in cura ed i professionisti che hanno prodotto le certificazioni necessarie compilate od allegate.

_____ _____ _____
(LUOGO E DATA) SOCIO/BENEFICIARIO ESTERNO (FIRMA LEGGIBILE) L'AVENTE DIRITTO – SE MAGGIORENNE (FIRMA LEGGIBILE)

Il/La Socio/a/Beneficiario esterno dichiara che il Service ARCA ha consegnato regolare ricevuta della domanda presentata ed attesta che tutti i dati in essa contenuti sono aggiornati e corretti.

_____ _____ _____
(LUOGO E DATA) SOCIO/BENEFICIARIO ESTERNO (FIRMA LEGGIBILE) L'AVENTE DIRITTO – SE MAGGIORENNE (FIRMA LEGGIBILE)