

FONDO FANIMAR - MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

Via Milano 40c int. 3 sc. Ds - 16126 Genova Tel. +39 010 2518524 Fax +39 010 2469079

www.fanimar.it - info@fanimar.it - fanimar@virgilio.it

INFORMATIVA ai sensi dell'art.13 del D. Lgs. 196 del 30 giugno 2003, sulla protezione dei dati personali

F.A.N.I.MAR. desidera informarLa inoltre che i Suoi dati personali saranno raccolti e trattati esclusivamente per soddisfare l'incarico ricevuto da F.A.N.I.MAR. nel rispetto dei principi di liceità e trasparenza dettati dal legislatore a tutela della Privacy. Desideriamo pertanto segnalare la possibilità di far valere i Suoi diritti di accesso, controllo e opposizione rivolgendosi direttamente al nostro Titolare del trattamento presso Via Milano, 40 C/3 – 16126 Genova GE. Per una informativa estesa la invitiamo a visitare il sito www.fanimar.it alla voce informativa privacy o a richiederne visione e/o lettura presso il medesimo recapito postale.

CONSENSO () E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE AFFINCHÉ FANIMAR POSSA TRATTARE I SUOI DATI

Il/La sottoscritto/a _____, C.F./P.I. _____

- a) *acquisita cognizione della disciplina vigente e dei propri diritti nello specifico ambito,*
- b) *riconosciute le esigenze funzionali rappresentate,*
- c) *individuato il ben delimitato ed indispensabile ambito di diffusione dei dati personali che saranno raccolti,*
- d) *che il trattamento potrà riguardare dati "sensibili" disciplinati ex artt. 4 comma 1 lett. d) e 26 D.lgs. 196/2003, oltre che dalle autorizzazioni collettive generali rilasciate dall'Autorità Garante*

Do il consenso Nego il consenso
 al trattamento dei dati personali che la riguardano ai fini strettamente necessari così come comunicato.

Data _____ (timbro società e firma) _____

SOCIO ISCRITTO () NAVIGANTE () AMMINISTRATIVO OD OPERAIO () OPERATORE SINDACALE () PENSIONATO

QUALIFICA DI.....SOCIETA'.....FASCIA.....

COGNOME.....NOME.....

NATO AIL.....C.F.....

RESIDENTE IN VIA.....CAP.....CITTA'.....PROV.....

TEL.....CELL.....E- MAIL.....

Codice Iban c/c intestato a.....

Richiesta rimborso () Apertura pratica () Continuazione pratica () Chiusura pratica ()

Per se stesso () o membro del nucleo familiare.....

(Inviare lo Stato di Famiglia aggiornato, indispensabile per garantire le prestazioni sanitarie a tutto il nucleo familiare)

RICOVERO OSPEDALIERO PRIVATO () LENTI DA VISTA ()

RICOVERO OSPEDALIERO PUBBLICO () PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ()

VISITE SPECIALISTICHE () TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI ()

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI () ASSISTENZA ODONTOIATRICA ()

ALTRO.....

Si allega la seguente documentazione:

.....

LA DOCUMENTAZIONE DEVE ESSERE INOLTATA ENTRO 30 GIORNI DALLA PRIMA PRESCRIZIONE MEDICA

Nota bene:

- Utilizzare un modulo (anche fotocopiato) per ogni richiesta e persona.
- Fatture autocertificate in fotocopia con la scritta "copia conforme all'originale a mie mani".
- Fatture in originale solo per ricoveri privati.
- Il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale. Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, Il Fondo ne darà immediata comunicazione alle componenti Autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

DATA _____ FIRMA _____