CADIPROF

PACCHETTO FAMIGLIA

MOD. PF2001

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

Cognome_____ Nome_____ Data di nascita gg___ mm___ aaaa_____

Indirizzo _____ n._____ Comune _____ CAP_____ Prov. _____

Cod. Fiscale☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Tel.___ /_____ Cell.___ /_____ Fax___ /_____

E-mail ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐@☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ . ☐☐☐

(N.B. Indicare l'indirizzo e-mail e un numero di fax da utilizzare per la trasmissione di comunicazioni da parte della CADIPROF)

Dipendente dello Studio _____ C.F. o P.I. Studio☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Chiedo il contributo per

Cognome_____ Nome_____ Cod. Fiscale☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Per la seguente garanzia del Pacchetto Famiglia

(allegare sempre autocertificazione dello stato di famiglia MOD. ds02, copia dell'ultima busta paga e la specifica documentazione indicata)

A. Assistenza pediatrica nel 1° anno - SP
- ☐ Copia della prescrizione medica, in caso di richieste rimborso spese per farmaci e/o prestazioni mediche o sanitarie
- ☐ Copia degli scontrini fiscali, ticket, ricevute e/o fatture

B. Assistenza pediatrica nel 2° e 3° anno - SPA
- ☐ Copia della prescrizione medica
- ☐ Copia degli scontrini fiscali, ticket, ricevute e/o fatture

C. Procreazione assistita – PMA
- ☐ Copia certificazione sanitaria di ricorso alla PMA
- ☐ Copia degli scontrini fiscali, ticket, ricevute e/o fatture

D. Paternità - PA
- ☐ Copia certificazione dello stato di gravidanza con indicazione della data presunta del parto
- ☐ Copia degli scontrini fiscali, ticket, ricevute e/o fatture

E. Familiare non autosufficiente - NA
- ☐ Copia del verbale rilasciato dalla ASL Legge n. 104/1992 art. 3 comma 3 (grave condizione di non autosufficienza)
- ☐ Copia delle fatture e/o ricevute relative alle spese di assistenza specifiche (sanitarie e/o assistenziali)

F. Gravi eventi - GE
- ☐ Copia della documentazione medica attinente l'evento per cui si richiede il rimborso (cartella clinica e certificati medici)
- ☐ Copia degli scontrini fiscali, ticket, ricevute e/o fatture

G. Vaccinazioni - RVD - RVF
- ☐ Prescrizione del medico curante o del pediatra
- ☐ Copia degli scontrini fiscali, ticket, ricevute e/o fatture

H. Lenti da vista - VIS
- ☐ Prescrizione medico oculista
- ☐ Copia degli scontrini fiscali, ticket, ricevute e/o fatture

I. Figlio non autosufficiente - NAF
- ☐ Copia del verbale rilasciato dalla ASL Legge n.104/1992 Art.3 comma 1 (condizione di non autosufficienza senza gravità)
- ☐ Copia delle fatture e/o ricevute relative alle spese di assistenza specifiche (sanitarie e/o assistenziali)

ASILO NIDO - AN in collaborazione con E.BI.PRO.
- ☐ Copia attestazioni di pagamento relative all'anno scolastico
- ☐ Copia del verbale rilasciato dalla ASL – Legge n. 104/1992 (in caso di figlio/a portatore/trice di handicap)

Elenco documenti di spesa allegati (RIEMPIRE PIU' MODULI SE LE SPESE ECCEDONO GLI SPAZI DISPONIBILI)

Numero_____ del_____ Importo € _____	Numero_____ del_____ Importo € _____
Numero_____ del_____ Importo € _____	Numero_____ del_____ Importo € _____
Numero_____ del_____ Importo € _____	Numero_____ del_____ Importo € _____
Numero_____ del_____ Importo € _____	Numero_____ del_____ Importo € _____
Numero_____ del_____ Importo € _____	Numero_____ del_____ Importo € _____
Numero_____ del_____ Importo € _____	Numero_____ del_____ Importo € _____
Numero_____ del_____ Importo € _____	Numero_____ del_____ Importo € _____

Ai fini dell'erogazione del rimborso delle spese sopra elencate, che dichiaro di aver sostenuto, vogliate provvedere all'accredito sul c/c:

IBAN: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR" o "Regolamento"), si informa che il trattamento dei dati personali e sensibili riguardanti l'iscritto, i suoi familiari (inerenti dati anagrafici e/o sanitari) e il datore di lavoro, forniti con il presente modulo e con la documentazione allegata, è finalizzato unicamente ad eseguire gli obblighi contrattuali e normativi, oltre che a fornire informazioni sui nostri servizi. Il trattamento avverrà presso la sede della CADIPROF (di seguito per brevità denominata Cassa) in Roma con l'utilizzo di procedure informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità. La Cassa garantisce che il trattamento dei predetti dati e dei documenti allegati avviene secondo modalità idonee a garantirne la sicurezza, la riservatezza e l'integrità. I dati non verranno utilizzati per finalità difformi da quelle sopra indicate. Per finalità scientifiche e/o statistiche i dati saranno rappresentati in forma anonima. I dati potranno essere comunicati solo ad eventuali nostri Collaboratori, Responsabili o Incaricati del trattamento. Il conferimento dei dati è necessario per l'esatta esecuzione degli obblighi contrattuali e di legge e la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di adempiere alle obbligazioni a carico della Cassa.
Agli interessati sono riconosciuti tutti i diritti di cui all'articolo 7 del citato Codice ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e/o la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le relative richieste per posta al Titolare e Responsabile del trattamento dati per C.A.DI.PROF. ovvero al suo legale rappresentante pro tempore.

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento e consapevole che lo stesso può riguardare dati sensibili, in particolare idonei a rivelarne lo stato di salute, l'interessato con la firma del modello, presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Data_____ Firma dell'Iscritto/a _____

INVIARE IL MODULO E LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA TRAMITE UNA DELLE SEGUENTI MODALITÀ:

E-MAIL: pacchettofamiglia@cadiprof.it

FAX: 06 5918506