MODULO SN04 **ASSISTENZA SANITARIA**

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE
Foglio _____ di _____

Spettabile
ASSIDIM
CASELLA POSTALE 111
20098 SAN GIULIANO MILANESE – MI
p.c. Fondo Sanitario ANMVI
Via Trecchi, 20 26100 Cremona

Cognome e nome del capo nucleo _____

Indirizzo _____

Azienda di riferimento _____ codice azienda _____

Codice fiscale _____ codice nucleo _____ opzione ____

Numero documento	Data documento	Descrizione delle prestazioni	Importo	RISERVATO AD ASSIDIM
		TOTALE		

NOTA BENE:
Per gli assistiti beneficiari di opzioni integrative (E-F-I-S-T-Tspecial) **è indispensabile** che le richieste di rimborso siano corredate dal **prospetto di liquidazione del Fondo principale**, anche in presenza di convenzionamenti diretti ove l'assistito abbia sostenuto solo parte delle spese.
Verranno respinti i moduli diversi dal presente e quelli compilati in modo inesatto o incompleto.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI DA PARTE DI ASSIDIM
Come illustrato nell'informativa, fornita ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e presente anche sul sito www.assidim.it, sono consapevole che lo svolgimento delle attività relative al trattamento dei dati personali comuni non richiede il consenso al trattamento per ***finalità connesse agli obblighi previsti dalla legge e dal contratto per prestazioni assistenziali*** mentre è necessario per il trattamento dei dati sensibili, compresi quelli relativi allo stato di salute, dell'interessato. Il consenso espresso riguarda anche la comunicazione a terzi come indicato nell'informativa e l'eventuale trasferimento all'estero nei limiti indicati nella stessa.

Interessato/capo nucleo
Io sottoscritto/a (nome e cognome leggibili seguiti dalla firma) _____
do il consenso al trattamento e alla comunicazione come descritto nell'informativa.

Familiari maggiorenni dell'interessato/capo nucleo
Io sottoscritto/a (nome e cognome leggibili seguiti dalla firma) _____
do in consenso al trattamento e alla comunicazione come descritto nell'informativa.

Io sottoscritto/a (nome e cognome leggibili seguiti dalla firma) _____
do in consenso al trattamento e alla comunicazione come descritto nell'informativa.

Io sottoscritto/a (nome e cognome leggibili seguiti dalla firma) _____
do in consenso al trattamento e alla comunicazione come descritto nell'informativa.

Data di compilazione: _____