PROGETTO "BENESSERE IN FAMIGLIA"

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

MOD. PF1903

Cognome _____ Nome _____Data di nascita gg ___ mm ___ aaaa_____

Indirizzo _____ n. ____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Codice 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 previsto dal progetto "BenEssere in Famiglia" per le spese di consulenza psicologica da me sostenute presso il seguente professionista aderente al progetto:

Nome _____ Cognome_____ Provincia _____ (sigla)

Per le prestazioni rientranti nella seguente area (barrare la voce corrispondente):

- ***Sostegno alla genitorialità***
- ***Sostegno a momenti di criticità della vita***
- ***Supporto relativo all'ambito lavorativo***

Allego a tal proposito:

A. I seguenti documenti di spesa:

numero _____ del _____ Importo €_____
numero _____ del _____ Importo €_____
numero _____ del _____ Importo €_____
numero _____ del _____ Importo €_____

numero _____ del _____ Importo €_____
numero _____ del _____ Importo €_____
numero _____ del _____ Importo €_____
numero _____ del _____ Importo €_____

B. Documento di valutazione rilasciato dallo psicologo

C. Copia dell'ultima busta paga

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 Codice in materia di dati personali (D. Lgs. n. 196/2003), 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 C.A.DI.PROF. (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 ESCLUSIVAMENTE TRAMITE UNA DELLE SEGUENTI MODALITA'

E-MAIL PACCHETTOFAMIGLIA@CADIPROF.IT

FAX 06 5918506