

**NUOVO PROGETTO “Benessere in FAMIGLIA”**

**Modulo PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO**

**Mod. PF2005**

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 nuovo 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):**

* ***Supporto relativo all’emergenza COVID-19***
* ***Sostegno alla genitorialità***
* ***Sostegno a momenti di criticità della vita***
* ***Supporto relativo all’ambito lavorativo***

**Allego a tal proposito:**

1. **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 €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **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 | I | T| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**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**