CADIPROF
CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
PER I LAVORATORI DEGLI STUDI PROFESSIONALI

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:

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. Copia dell'ultima busta paga

Ai fini dell'erogazione del rimborso delle spese sopra elencate, <u>che dichiaro di aver sostenuto</u>, 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 <u>ESCLUSIVAMENTE</u> TRAMITE UNA DELLE SEGUENTI MODALITA':

E-MAIL **PACCHETTOFAMIGLIA@CADIPROF.IT**

FAX **06 5918506**