





**Barrare il riquadro se non si desidera l'integrazione A.S.A. per le spese sopra esposte.**

Non barrare il riquadro comporta l'automatica richiesta dell'integrazione ASA.

**Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analogha richiesta ad altra forma integrativa del S.S.N.**

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA PER LE STESSSE SPESE PER CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
COMPAGNIA / FONDO / CASSA _____	E L'IMPORTO LIQUIDATO _____	
Allegare la lettera di liquidazione della compagnia/cassa/fondo.		

**Condizioni per l'accoglienza della domanda di rimborso.**

#### INFORMATIVA PRIVACY PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa privacy resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 679/2016 resa disponibile sul sito web di Fondo Assistenza fra il Personale del Gruppo Banco Popolare al seguente link:  
<https://www.fondoassistenzagruppopb.it/site/privacy/privacy>

#### MANLEVA

Il Socio si impegna a manlevare e tenere indenne il Fondo Assistenza fra il Personale del Gruppo Banco Popolare, nonché i collaboratori e chiunque altro sia coinvolto nella gestione della presente pratica, da qualsiasi responsabilità, - sia solidale che disgiunta - in relazione al trattamento dei documenti e dati provenienti/forniti dal Socio, nonché alla non veridicità di quanto dichiarato ed al mancato ottemperamento a quanto previsto dalle norme di legge sulla compilazione delle note di spesa (DPR 633/72) nonché dall'art. 82 del Regolamento (UE) 679/2016 e dal Provvedimento dell'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali 146/2019.

Gli obblighi del Socio, anche di manleva, sono assunti per sé e, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1381 del Codice civile, per ciascun soggetto collegato aderente al Fondo.

#### DICHIARAZIONE DI COPIE CONFORMI

Dichiarazione di copie conformi agli originali: Il sottoscritto richiedente, consapevole delle sanzioni richiamate dall'art.76 del DPR445/2000 dichiara che la/le copia/e fotostatica/he del/i documento/i di spesa allegato/i alla presente domanda di rimborso è/sono IDENTICA/HE all'/agli originale/i in suo possesso. Accetto che il FAS possa richiedere il/i documento/i originale/i per eventuali controlli e verifiche.

Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere la documentazione di spesa in originale nei 5 (cinque) anni successivi a quello di competenza delle fatture per le verifiche statutariamente previste. In caso di richiesta dei documenti originali viene a cessare la manleva e a fronte di documenti falsi, manomessi o emessi non a norma del comma 2 dell'art. 21 del DPR 633/72 verrà data immediata comunicazione al Consiglio di Amministrazione del Fondo ed eventualmente alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di responsabilità a norma di legge.

#### NOTE FINALI

Ogni spesa presente in questa pratica viene dettagliatamente vagliata e classificata secondo le attuali regole liquidative del Fondo Assistenza. Qualora il socio intenda richiedere una revisione dovrà dettagliare e citare con precisione le parti regolamentari per supportare la richiesta del riesame della pratica e della liquidazione, in caso contrario la richiesta di revisione non verrà presa in considerazione.



Il socio sottoscrive, approva e accetta quanto sopra esposto

\_\_\_\_\_  
**Firma del Socio**