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

SUPPORTO PSICOLOGICO progetto "BENESSERE IN FAMIGLIA"

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

Cognome_____ Nome _____ Data di nascita gg ___ mm ___ aaaa _____

Indirizzo _____ n. _____ Comune _____ CAP_____ Prov. _____

Cod. 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 C.A.DI.PROF.)

Dipendente dello Studio _____ C.F. o P.I. Studio☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Chiedo il contributo per (se la consulenza è per il figlio indicarne i dati)

Cognome_____ Nome_____ Cod. Fiscale☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

AREE D'INTERVENTO
per l'iscritto

- ☐ Supporto relativo all'ambito lavorativo
- ☐ Disturbi, Dipendenze, Disfunzioni sessuali, Traumi
- ☐ Sostegno relativo a momenti di criticità della vita
- ☐ Sostegno alla genitorialità
- ☐ Problematiche familiari e di coppia

AREE D'INTERVENTO
per i figli di età inferiore ai 18 anni

- ☐ Criticità dell'età evolutiva
- ☐ Dipendenze, Disfunzioni sessuali, Traumi
- ☐ Problematiche familiari
- ☐ Disturbi* (apprendimento e neurosviluppo; nutrizione e alimentazione; umore; ansia; ossessivo-compulsivo; schizofrenia/psicosi; somatici; comportamento; personalità; neurocognitivi; sonno/veglia)

**Fino al 31/12/2024 è riconosciuto il rimborso per la consulenza psicologica dei figli solo per i disturbi dell' apprendimento e neurosviluppo*

Allego a tal proposito:

A Elenco documenti di spesa allegati (RIEMPIRE PIÙ MODULI SE LE SPESE ECCEDONO GLI SPAZI DISPONIBILI)

Numero_____ del_____ Importo € _____ | Numero_____ del_____ Importo € _____
Numero_____ del_____ Importo € _____ | Numero_____ del_____ Importo € _____
Numero_____ del_____ Importo € _____ | Numero_____ del_____ Importo € _____
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

C In caso di supporto psicologico per i figli allegare anche autocertificazione stato di famiglia.

D In caso di professionista non iscritto alla rete PLP Italia, allegare anche l'attestazione psicologo.

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 Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR" o "Regolamento"), 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 TRAMITE UNA DELLE SEGUENTI MODALITÀ:

E-MAIL: pacchettofamiglia@cadiprof.it
FAX: 06 5918506