

MODULO RICHIESTA RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE

A. DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

COGNOME					
NOME					
DATA E LUOGO DI NASCITA	DATA/...../.....	COMUNE		PROV
NAZIONALITA'					
RECAPITO POSTALE	INDIRIZZO				
COMUNE		CAP		PROV	
TELEFONO CEL					
SESSO	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	
C. FISCALE					
INDIRIZZO MAIL - OBBLIGATORIO (IL LAVORATORE RICEVERA' IN TEMPO REALE LE NOTIFICHE RELATIVE ALLO STATO DI LAVORAZIONE DELLA PRATICA)					
DIPENDENTE DELL'AGENZIA PER IL LAVORO					
CONTRATTO (COMPRESSE PROROGHE) A PARTIRE DA		A			
RIMBORSO RICHIESTO (EURO)					

B. DATI PAZIENTE (SE DIVERSO DAL RICHIEDENTE)

NOME		COGNOME	
CODICE FISCALE			

C. MODALITA' DI PAGAMENTO

<input type="checkbox"/>	BONIFICO BANCARIO	COD. IBAN					
<input type="checkbox"/>	BONIFICO DOMICILIATO						

ATTENZIONE: se indicata la modalità di pagamento "bonifico bancario" il conto corrente deve essere obbligatoriamente intestato al solo richiedente.

DATA _____ Firma _____

IL PRESENTE MODULO E GLI ALLEGATI DEVONO ESSERE INVIATI **ENTRO 90 GIORNI** DALLA DATA IN CUI SONO STATE EFFETTUATE LE PRESTAZIONI **ESCLUSIVAMENTE CON RACCOMANDATA A.R. A:**

EBITEMP – TUTELA SANITARIA
CORSO VITTORIO EMANUELE II, 269 - 00186 ROMA

NON SARANNO ACCETTATE RICHIESTE INVIATE VIA FAX O MAIL.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

INFORMATIVA

Ai sensi dell'art. 13, Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196
(Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali)

Gentile Signore/a,
Informiamo che:

1. I Suoi dati personali sono necessari al fine di consentire a E.BI.TEMP, di perseguire il proprio oggetto sociale ai sensi delle vigenti norme di legge; il trattamento dei Suoi dati potrà essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici e comunque automatizzati;
2. Il conferimento dei Suoi dati personali, salvo che non venga reso obbligatorio da successive norme di legge, è facoltativo;
3. Il mancato assenso al trattamento dei dati personali a Lei richiesti, potrebbe comportare l'impossibilità di stipulare e/o eseguire, in tutto od in parte, il contratto negoziato per Suo conto;
4. In rapporto al contratto che per Suo conto sarà negoziato potrà esserLe richiesta anche comunicazione dei dati "sensibili" di cui all'art. 26, Decreto Legislativo n. 196 del 2003; per il trattamento di tali dati la legge richiede una specifica approvazione, che troverà nella dichiarazione di consenso in calce alla presente informativa;
5. In relazione al trattamento dei dati personali Lei ha diritto: (A) di conoscere, mediante accesso gratuito al registro generale dei trattamenti tenuto dal Garante, l'esistenza di trattamenti di dati che La possono riguardare; (B) di essere edotto su nome, denominazione o ragione sociale e domicilio, residenza o sede del titolare, finalità e modalità del trattamento, nome, denominazione o ragione sociale e domicilio, residenza o sede del responsabile, se nominato; (C) di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo, la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati; l'attestazione che le operazioni di cancellazione e/o trasformazione, di aggiornamento e/o rettificazione e/o integrazione dei dati sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato; di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati che La riguardano, previsto ai fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale interattiva e di essere informati dal titolare, non oltre il momento in cui i dati sono comunicati o diffusi, della possibilità di esercitare gratuitamente tale diritto;
6. Titolare del trattamento è E.BI.TEMP in persona del Legale Rappresentante pro tempore, con sede in Roma Corso Vittorio Emanuele II 269;
7. Responsabile del trattamento è E.BI.TEMP in persona del Legale Rappresentante pro tempore, domiciliato per la carica presso la sede di quest'ultima.

1/3

Io sottoscritto/a _____ preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo, ai sensi e nei limiti del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 e dell'informativa che precede, il trattamento, il trasferimento e la diffusione dei dati personali.

.....liFirma.....

2/3

Io sottoscritto/a _____ preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo, ai sensi e nei limiti del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 e dell'informativa che precede, il trattamento, il trasferimento e la diffusione dei dati personali ai fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale interattiva.

.....li Firma.....

3/3

Io sottoscritto/a _____ preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo, ai sensi e nei limiti del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 e dell'informativa che precede, il trattamento, il trasferimento e la diffusione dei dati personali "sensibili".

.....li.....Firma.....

PIANO CURE

DA COMPIRE A CURA DEL MEDICO ODONTOIATRA CON DESCRIZIONE DEI LAVORI ESEGUITI

CHIRURGIA DENTALE

- Estrazione

DENTI ESTRATTI (indicare posizione) _____ **SPESA** _____

_____ **SPESA** _____

PARODONTOLOGIA

- Chirurgia parodontale (per entrambe le arcate)
 Inserimento di materiale biocompatibile (incluso qualsiasi tipo di lembo) per emiarcata

DESCRIZIONE _____ **SPESA** _____

CONSERVATIVA

- Otturazione diretta o indiretta

DESCRIZIONE (indicare posizione) _____ **SPESA** _____

_____ **SPESA** _____

ENDODONZIA

- Cura canale completa (compresa qualsiasi tipo di otturazione), compresa ricostruzione coronale pre-endodontica, comprese RX indorali (per dente)

DESCRIZIONE (indicare posizione) _____ **SPESA** _____

IMPLANTOLOGIA

- Impianti osteo-integrati
 Intervento di rialzo del seno mascellare o ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta alveolare (qualsiasi tecnica, trattamento completo) con prelievo di osso autologo intraorale ed innesto e/o inserimento di qualsiasi materiale da innesto – Intervento ambulatoriale – per emiarcata

DESCRIZIONE (indicare posizione) _____ **SPESA** _____

PROTESI FISSE

- Corona provvisoria
 Corona definitiva

DESCRIZIONE PROVVIS. (indicare posizione) _____ **SPESA** _____

DESCRIZIONE DEFINIT. (indicare posizione) _____ **SPESA** _____

PROTESI MOBILI

- Apparecchio scheletrato (struttura LNP o LP, comprensivo di elementi, per arcata)
- Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensivo di ganci ed elementi, per emiarcata
- Protesi totale con denti in resina o ceramica, per arcata
- Protesi totale immediata, per emiarcata e per anno

DESCRIZIONE(indicare posizione) _____ **SPESA** _____

GNATOLOGIA

- Molaggio selettivo parziale o totale, massimo 1 seduta annua
- Placca diagnostica o ortotico o bite (per entrambe le arcate e per anno)

DESCRIZIONE _____ **SPESA** _____

ORTODONZIA

- Trattamento di malocclusioni dentali e scheletriche di qualsiasi classe con apparecchiature rimovibili e/o funzionali o fisse vestibolari o fisse linguali o invisibili con mascherine o apparecchiature di contenzione (qualsiasi tecnica – per arcata e per anno)

DESCRIZIONE _____ **SPESA** _____

(Spazio riservato al medico odontoiatra)

Il sottoscritto dott. _____ si dichiara disponibile a fornire ad Ebitemp eventuali chiarimenti sulle fatture di odontoiatria di cui il cliente richiede il rimborso.
(indicare il numero di telefono dello studio odontoiatrico) tel. _____

DATA

**TIMBRO E FIRMA
MEDICO ODONTOIATRA**

(Spazio riservato al lavoratore)

Il sottoscritto _____ autorizza il dott. _____ a rilasciare eventuali informazioni richieste da Ebitemp circa i lavori di odontoiatria di cui si richiede il rimborso.

IL LAVORATORE

N.B. PER I RIMBORSI ECCEDENTI I 1.500 EURO EBITEMP POTREBBE EFFETTUARE DELLE VERIFICHE AVVALENDOSI DEI PROPRI CONSULENTI

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- A) COPIA DEL CONTRATTO/I DI PRESTAZIONE DI LAVORO IN SOMMINISTRAZIONE ED EVENTUALI PROROGHE**
- B) AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**
- C) COPIA FATTURA QUIETANZA EMESSA DA UN MEDICO ODONTOIATRA CON LA SPECIFICA DEI LAVORI ESEGUITI**
- D) FOTOCOPIA CODICE FISCALE**
- E) PIANO CURE - ELENCO DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE RIMBORSABILI COMPILATO, FIRMATO E TIMBRATO DAL MEDICO ODONTOIATRA**

In caso di richiesta di rimborso per familiare fiscalmente a carico, allegare in aggiunta:

- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/VARIAZIONE DEI FAMILIARI CONVIVENTI FISCALMENTE A CARICO**
- CODICE FISCALE DEL PAZIENTE/FAMILIARE**

N.B. RICORDARSI DI INDICARE NEL MODULO IL PROPRIO INDIRIZZO MAIL (LEGGIBILE). IL LAVORATORE RICEVERA' VIA WEB, IN TEMPO REALE, LE NOTIFICHE RELATIVE ALLO STATO DI AVANZAMENTO DELLA PROPRIA PRATICA