EBISport

Via Reno, 30 – 00198 Roma
C.F. 97922260589
Tel. 06.89766106 interno 9
E-mail: segreteria@ebisport.it –ebisport@pec.it
www.ebisport.it

Richiesta di rimborso delle spese sanitarie

Modulo	LAV-02 — Sezione B · Modulistica per i lavoratori
Destinatari	Lavoratori dipendenti coperti dal CCNL Lavoratori dello Sport
Allegati richiesti	Fatture o ricevute sanitarie, prescrizione medica ove richiesta
Canale di invio	Area Riservata → Welfare → Sanità integrativa

Compilare in ogni parte. I campi contrassegnati con asterisco (*) sono obbligatori.

1 Dati del lavoratore richiedente

Cognome e nome *			
Codice fiscale *		Datore di lavoro *	
IBAN per l'accredito del rimborso *			

2 Prestazione sanitaria

Tipologia di prestazione (barrare):

☐ Visita specialistica

☐ Accertamento diagnostico

☐ Ricovero o intervento

☐ Altro: _____

Struttura sanitaria		Data della prestazione	
Importo complessivo sostenuto			

3 Documentazione allegata

☐ Fatture o ricevute sanitarie

☐ Prescrizione medica (ove richiesta)

4 Informativa e consenso al trattamento dei dati

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003, EBISport, in qualità di titolare del trattamento, tratta i dati conferiti per la gestione della presente richiesta e l'erogazione della prestazione. Il modulo comporta il trattamento di dati relativi alla salute, categoria particolare ai sensi dell'art. 9 del GDPR: tali dati sono trattati esclusivamente per la finalità indicata, con misure di sicurezza adeguate, e conservati per il tempo strettamente necessario e per gli obblighi di legge. Il trattamento dei dati di salute richiede il consenso esplicito dell'interessato. L'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del GDPR scrivendo a segreteria@ebisport.it.

☐ Dichiaro di aver letto l'informativa e presto il consenso esplicito al trattamento dei miei dati relativi alla salute per la finalità indicata.

Luogo e data _____ Firma del lavoratore _____