

DOMANDA DI RIMBORSO INIZIATIVA DI PREVENZIONE TEMPORANEA MATERIALE SANITARIO CONTRO IL CONTAGIO DA COVID19

Presentata tramite lo sportello accreditato di:

Parte Costituente _____ (*) di _____ (*)

DATI ANAGRAFICI TITOLARE AZIENDA					
Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____					
Nato/a _____ il _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Codice Fiscale _____					
Tel _____ Cell(*) _____ E-mail _____					
DATI AZIENDALI					
Titolare/ _____ rappresentante _____ legale _____ dell' _____ Azienda _____ Richiedente _____ (*) _____					
Con sede in (*) _____ Provincia (*) _____					
Via (*) _____ Tel (*) _____ E-mail _____					
Codice Fiscale o Partiva Iva (*) _____					
Iscritta a SANI IN VENETO per (*) _____ dipendenti e/o a SANI IN AZIENDA per _____ titolari, soci, collaboratori dell'azienda					

Ai sensi del DPR 445/00 e consapevole delle responsabilità connesse a dichiarazione falsa e mendace, **DICHIARA** di condividere l'iniziativa di SANI.IN.VENETO, di aver sostenuto le seguenti spese per le finalità di prevenzione dal contagio COVID 19. Per quanto sopra **ALLEGA IN COPIA** la seguente documentazione sulle spese sostenute per la tutela dei titolari e/o dipendenti dell'azienda che rappresenta:

N°	N° FATTURA	ENTE EMITTENTE	DATA FATTURA	IMPORTO
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Totale: _____

Chiede con la presente il rimborso al seguente conto corrente intestato all'azienda.

Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso (*)

IBAN: _____

INDICA EVENTUALE RIMBORSO PRECEDENTE OTTENUTO PER LA DOCUMENTAZIONE DI SPESA PRESENTATA:

NO SI PER EURO _____

Il sottoscritto dichiara altresì di essere consapevole che il seguente beneficiario è soggetto ad obblighi di adesione al Fondo di essere a conoscenza che, ai fini di verifica della veridicità della documentazione prodotta, AON Hewitt Risk & Consulting o il

Fondo avranno la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa, degli estremi di versamento SANI IN VENETO e SANI IN AZIENDA e di eventuali ulteriore contributo sulla spesa effettiva.

DELEGATI AUTORIZZATI

Il Sottoscritto, inoltre, delega il sig./sig.ra

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Tel _____ Cell(*) _____ E-mail _____

- a richiedere informazioni relativamente alla posizione del delegante nei confronti del Fondo ed in relazione alla presente richiesta di rimborso e altre richieste già presentate o in via di presentazione
- a presentare al Fondo Sani.In.Veneto la presente domanda di rimborso
- A sottoscrivere ogni atto o modello necessario che il Fondo dovesse richiedere ai fini di dare esecuzione della presente pratica di rimborso.

Data compilazione: _____

Firma del Titolare dell'Azienda: _____

Consenso al trattamento dei dati personali – Regolamento UE 216/279

Il sottoscritto ricevuto l'informativa ai sensi art. 13 del Regolamento UE 2016/679, avendone compreso il significato, in merito:

[A] trattamento dei miei dati personali e sensibili necessari per la gestione e liquidazione della richiesta di rimborso al Fondo ed ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, AON HEWITT Srl nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate per la fornitura del servizio richiesto.

DO IL CONSENSO per il punto A)

NEGO IL CONSENSO per il punto A)

[B] Al trattamento dei miei dati personali e sensibili per lo svolgimento di attività di statistica per la migliore definizione dei servizi offerti da parte del Fondo e per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi/attività realizzati dallo stesso.

DO IL CONSENSO per il punto B)

NEGO IL CONSENSO per il punto B)

Data compilazione: _____

Firma del Titolare dell'Azienda: _____

NOTE PER LA COMPILAZIONE:

I campi obbligatori sono contrassegnati da asterisco (*). La presentazione è obbligatoria tramite sportello per permettere una verifica preliminare dei dati inseriti in base agli elementi in possesso dello sportello accreditato.

La presente domanda di rimborso deve essere compilata digitalmente negli appositi campi e inviata in formato elettronico (xyz.pdf), assieme a seconda copia scansionata e firmata, con la documentazione di spesa allegata e documento di identità a prevenzione.saninveneto@aon.it, indicando come oggetto della mail il seguente testo: "CAMPAGNA PREVENZIONE COVID 19 RIAPRIRE SICURI - NOME AZIENDA".

I rimborsi potranno essere erogati esclusivamente per le spese di acquisto dei seguenti materiali:

- Mascherine protettive delle vie respiratorie (tipo FFP2, FFP3 o mascherina chirurgica);
- Guanti di protezione;
- Occhiali e visiere protettive;
- Disinfettanti, gel per igienizzazione mani, altri detergenti adatti al Covid-19.
- Termometri a distanza e/o monouso e/o altri idonei

Eventuali variazioni della suddetta lista decise dalle Parti Costituenti saranno comunicate su www.saninveneto.it

Il contributo per i dispositivi di cui alla lista indicata al punto 2 sarà pari al 50% di quanto sostenuto dal datore di lavoro per l'acquisto degli stessi con un tetto massimo annuale di euro 30,00 per ogni dipendente iscritto in regola coi contributi nei mesi precedenti (numero dipendenti ultimo B02 x 30 euro, con limite massimo del 50% spesa imponibile attestato nella domanda). Tale rimborso sarà aumentato di una unità per la fornitura necessaria per il titolare dell'impresa regolarmente iscritto a Sani.in.Veneto. In ugual modo, limite rimborso massimo, sarà essere oggetto di incremento per ogni iscritto SIA (titolare, socio e collaboratore iscritto a Sani.in.Azienda con o senza dipendenti) regolarmente attivato al momento della richiesta. E' previsto un contributo per l'acquisto da parte dei titolari iscritti a Sani in Veneto o a Sani in Azienda di termometri a distanza e/o monouso e/o altri idonei pari al 50% del costo sostenuto con un tetto massimo annuale per azienda pari a euro 80,00 Tale richiesta è valevole per il periodo dal 17/03/2020 al 31/12/2020, salvo preventivo esaurimento delle risorse stanziare e/o ulteriori proroghe. Con accordo del 23/09/2020 è stato previsto, inoltre, il rimborso di:

- euro 50,00 per ogni tampone molecolare effettuato ai dipendenti, titolari, soci e collaboratori e di
- euro 35,00 per ogni tampone rapido antigenico effettuato ai dipendenti, titolari, soci e collaboratori;
- euro 35,00 per ogni test sierologico IGC-IGM effettuato ai dipendenti, titolari, soci e collaboratori

Tale richiesta è valevole per il periodo dal 1/09/2020 al 31/03/2021, salvo preventivo esaurimento delle risorse stanziare.