



RICHIESTA DI RIMBORSO PER LE SPESE SANITARIE SOSTENUTE DAL DIRIGENTE

Parte da compilare a cura del dirigente

Dati dell'iscritto

Cognome Nome

Luogo e data di nascita / /

Dati dell'assistito (se le spese sono riferite ad un familiare)

Cognome Nome

Luogo e data di nascita / /

Parte riservata all'Associazione territoriale

.....
.....
.....

Data dell'eventuale regolarizzazione

Timbro e visto di convalida dell'Associazione

.....

.....

Parte riservata al FASDAC

.....
.....
.....
.....
.....

DISTINTA DI SPESE

N°	DESCRIZIONE	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
Totale			<input type="text"/> , <input type="text"/>

AVVERTENZA

Ai fini del riconoscimento del rimborso il Fondo si riserva di richiedere:

- ulteriore documentazione oltre a quella prevista per ogni singola voce;
- la visita medica di controllo.

Parte da compilare a cura dell'odontoiatra

CERTIFICATO DEFINITIVO PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Il presente certificato è stato predisposto al fine di uniformare la terminologia degli interventi eseguiti alle voci previste dal nomenclatore/tariffario FASDAC. Ciò consente di ottenere dati statistici ed una più corretta istruzione della pratica.

Cognome e Nome del paziente

Durata della cure: dal / / al / /

Indicare nelle apposite colonne rispettivamente: il **NUMERO** delle prestazioni eseguite, la **POSIZIONE** degli elementi dentali sui quali sono state effettuate (ove richiesti con apposito schema) ed i relativi **IMPORTI**.

AVVERTENZA

Le prestazioni si intendono comprensive di tutti gli atti e tutte le procedure necessari per effettuare le prestazioni stesse (es. visita, radiografie endorali compreso status Rx endorale completo, bite wings, anestesia locale, plessica o tronculare, medicazioni, incisione di ascesso, ecc.).

RADIOLOGIA



Tutte le radiografie devono essere inviate al Fondo su supporto radiografico o cartaceo oppure su supporto digitale purchè il formato del file sia Jpeg e riportare nome, cognome, data, identificazione del dente; non sono ammesse immagini che prevedano installazione di programmi specifici per la visione.

		N°		IMPORTO
20	Radiografia (ortopantomografia od ortopantomografica) delle arcate dentarie superiore e inferiore (OPT)			
31	Radiografia dell'articolazione temporomandibolare			
993	TC Dentscan 1 arcata			
994	TC Dentscan 2 arcate			
992	Stratigrafia A.T.M. a bocca aperta e chiusa monolaterale			
991	Stratigrafia A.T.M. a bocca aperta e chiusa bilaterale			
40	Teleradiografia del cranio (qualsiasi numero di proiezioni)			






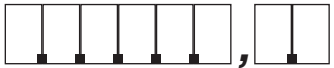





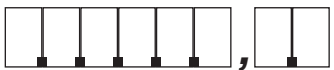









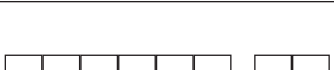




CONSERVATIVA ED ENDODONZIA

Le prestazioni si intendono comprensive dell'applicazione della diga e dell'eventuale applicazione di sottofondi ivi compreso l'incappucciamento indiretto della polpa.

		N°	POSIZIONE	IMPORTO																																
370	Cure e ricostruzioni del dente per carie non penetranti (qualunque materiale) ad elemento		<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
361	Ricostruzione di dente trattato endodonticamente o ricostruzione preprotetica del moncone coronale ad elemento (qualunque materiale - il rimborso di questa voce esclude quello della voce 51 sullo stesso elemento)		<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
381	Incappucciamento diretto della polpa (rimborsabile solo dietro presentazione di documentazione radiografica)		<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
390	Terapia endodontica monocanalare																																			
400	Terapia endodontica bicanalare		<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
404	Terapia endodontica tricanalare o superiore																																			
510	Ritrattamento endodontico (per canale)		<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
521	Apicificazione e/o apicogenesi dei denti decidui, comprensiva delle manovre di accesso al sistema endodontico		<table border="1"> <tr> <td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table>	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5													
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5																											
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5																											
51	Perno moncone fuso endocanalare ad elemento (qualsiasi materiale - il rimborso di questa voce esclude quello della voce 361 sullo stesso elemento - la prestazione è rimborsabile solo dietro presentazione di documentazione radiografica o fotografica o di certificato di conformità)		<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
151	Rimozione perno moncone fuso endocanalare																																			
522	Perno di ritenzione endocanalare prefabbricato																																			




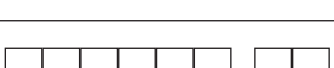
CHIRURGIA ORALE


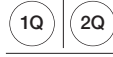


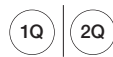


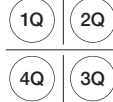


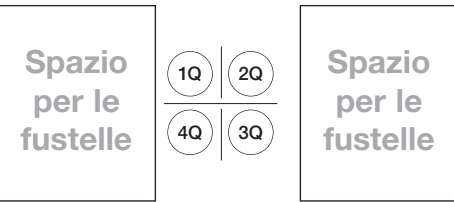







Le prestazioni si intendono comprensive di procedure finalizzate alla risoluzione di eventuali complicanze (ad esempio revisione della cavità alveolare postestrattiva, medicazione in caso di alveolite, rimozione del coagulo o applicazione di emostatico o sutura in caso di emorragia postestrattiva).

	N°	POSIZIONE	IMPORTO
270	Estrazione di dente o radici (compresa eventuale osteotomia e/o rizotomia e/o lembo di accesso)		
271	Estrazione di dente in inclusione ossea parziale (compresa eventuale osteotomia e/o rizotomia e/o lembo di accesso)		
290	Estrazione di dente in inclusione ossea totale (compresa eventuale osteotomia e/o rizotomia e/o lembo di accesso)		
523	Germectomia (compresa eventuale osteotomia e/o lembo di accesso)		
321	Apicectomia comprensiva di terapia endodontica (otturazione retrograda) dei denti del gruppo frontale (da 13 a 23 e da 33 a 43)		
322	Apicectomia comprensiva di terapia endodontica (otturazione retrograda) esclusi i denti del gruppo frontale (da 18 a 14; da 24 a 28; da 38 a 34 e da 44 a 48)		
353	Frenulectomia o frenulotomia		
323	Rizectomia (avulsione di una sola radice dentaria in elemento pluriradicolato) (compresa eventuale osteotomia e/o rizotomia e/o lembo di accesso)		
272	Rizotomia (separazione delle radici di un dente pluriradicolato con conservazione delle stesse, compresa eventuale osteotomia e/o lembo di accesso)		
310	Asportazione di neoformazione (epulide, leucoplachia, cisti mucosa) comprovata da esame istologico, con o senza resezione del bordo alveolare		
330	Chirurgia preprotetica - rimozione di fibromatosi e di ipertrofie mucose, riduzione di esostosi e torus, regolarizzazioni di sedi postestrattive per emiarcata (procedura finalizzata alla creazione di corretta morfologia osteomucosa per applicazione di una protesi comprovata da esame istologico e/o da documentazione fotografica pre e post intervento)		
524	Reimpianto di dente (impianto) compresa terapia endodontica (otturazione retrograda)		
525	Biopsie del cavo orale (qualsiasi numero di biopsie)		

CHIRURGIA IMPLANTARE

Le prestazioni si intendono comprensive di procedure finalizzate alla risoluzione di eventuali complicanze (ad esempio revisione della cavità alveolare postestrattiva, medicazione in caso di alveolite, rimozione del coagulo o applicazione di emostatico o sutura in caso di emorragia postestrattiva); si intendono inoltre comprensive di qualsiasi componentistica per l'implantologia.


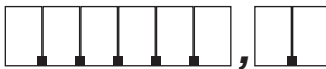





	N°	POSIZIONE	IMPORTO
341	Impianto osteointegrato compreso eventuale moncone provvisorio e/o vite di guarigione (rimborsabile solo dietro presentazione di documentazione radiografica o fotografica)		
526	Prelievo di osso autologo da sede intraorale (dai mascellari) per innesto (rimborsabile solo dietro presentazione di documentazione fotografica post intervento)		


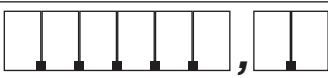

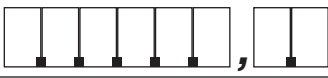

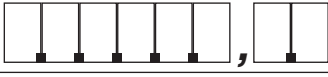























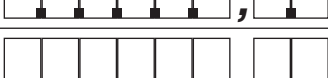

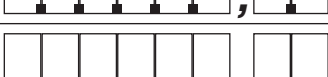


	N°	POSIZIONE	IMPORTO
444	Piccolo (Mini) rialzo del seno mascellare (PRSM) comprensivo di innesto osseo e/o materiale biocompatibile (osso eterologo, membrana, cellule staminali, fattori di crescita o altro materiale – rimborsabile solo dietro presentazione di documentazione radiografica o fotografica – questa voce esclude le voci 452, 442 e 445 sullo stesso quadrante)		 
452	Grande rialzo del seno mascellare (GRSM) comprensivo di innesto osseo e/o materiale biocompatibile (osso eterologo, membrana, cellule staminali, fattori di crescita o altro materiale – rimborsabile solo dietro presentazione di documentazione radiografica o fotografica – questa voce esclude le voci 444, 442, 445 sullo stesso quadrante)		 
442	Intervento di ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta alveolare tramite innesto di osso autologo e/o materiale biocompatibile (osso eterologo, cellule staminali, fattori di crescita o altro materiale) per emiarcata (rimborsabile solo dietro presentazione di documentazione radiografica o fotografica post intervento – questa voce esclude le voci 444 e 452 sullo stesso quadrante)		 
445	Membrana per emiarcata (inserimento di un dispositivo a barriera di qualsiasi materiale durante intervento di chirurgia implantare – rimborsabile solo associata alla voce 442 e dietro presentazione della fustella da applicare a fianco nell'apposito spazio).		 
291	DIMA per impianti ad arcata (rimborsabile solo dietro presentazione di certificazione di conformità)		
527	Sedazione cosciente per via endovenosa o inalatoria (comprensiva di farmaci e materiali) comprovata da certificazione sanitaria o copia cartella clinica ambulatoriale		
528	Sedazione o narcosi con assistenza specialistica dell'anestesista (comprensiva di farmaci e materiali) comprovata da cartella clinica anestesiological ambulatoriale		

PROTESI


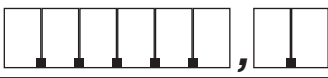

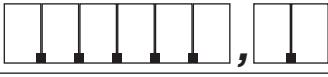








- Le prestazioni segnate con asterisco (*) relative alla prestazione effettuata su uno stesso elemento dentale non sono rimborsabili se ripetute prima che siano trascorsi cinque anni solari dalla precedente prestazione protesica.
- Le prestazioni si intendono comprensive di presa delle impronte, studio dei modelli in articolatore, ceratura diagnostica e tutte le altre fasi che rientrano nelle procedure standard per effettuare la prestazione completa.
- Le prestazioni protesiche sono rimborsabili solo dietro presentazione di documentazione radiografica o fotografica o certificato di conformità.

PROTESI PROVVISORIA

	N°	POSIZIONE	IMPORTO
139	Corona o elemento di protesi fissa provvisoria in resina		
140	Corona o elemento di protesi fissa provvisoria in resina armata (su struttura metallica)	 	
141	Protesi rimovibile parziale provvisoria ad elemento		

PROTESI DEFINITIVA FISSA		N°	POSIZIONE	IMPORTO
82	* Corona (a giacca) in ceramica (integrale) o vetrosa e allumina o zirconio compresa eventuale rimozione corona preesistente			
101	* Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.N.P. compresa eventuale rimozione corona preesistente			
103	* Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.N.P. e resina compresa eventuale rimozione corona preesistente			
102	* Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.P. compresa eventuale rimozione corona preesistente			
104	* Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.P. e resina compresa eventuale rimozione corona preesistente		8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	
105	* Corona fusa fresata compresa eventuale rimozione corona preesistente		8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	
111	* Corona o elemento di protesi fissa in L.N.P. e ceramica compresa eventuale rimozione corona preesistente			
91	* Corona o elemento di protesi fissa in L.P. e ceramica o titanio compresa eventuale rimozione corona preesistente			
95	* Corona oro ceramica fresata compresa eventuale rimozione corona preesistente			
96	* Corona telescopica (conometrica, cappette doppie Amsterdam)			
529	* Struttura di tipo Maryland Bridge con elemento in resina e LNP, comprensivo di provvisorio		8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	
131	* Struttura di tipo Maryland Bridge con elemento in ceramica e LP, comprensivo di provvisorio		8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	
73	Intarsio onlay (qualsiasi materiale)			
71	Intarsio inlay (qualsiasi materiale)			
54	Moncone definitivo in titanio su impianto (uno solo per ogni impianto, non rimborsabile nuovamente prima del rinnovo della protesi)		8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	
55	Riparazione faccetta (ripristino di una corona protesica preesistente)			
56	* Faccetta in materiale composito o ceramica della superficie assiale di una corona dentaria		8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	

PROTESI DEFINITIVA MOBILE O RIMOVIBILE O IBRIDA COMBINATA FISSA-MOBILE

		N°	POSIZIONE	IMPORTO
221	Ribasamento di protesi parziale o totale sistema diretto			
222	Ribasamento di protesi parziale o totale sistema indiretto			
230	Riparazione di protesi mobile			
251	Gancio a filo in L.N.P.			
252	Gancio a filo in L.P.			
261	Gancio fuso in L.N.P.			

PROTESI (...Segue)



PROTESI DEFINITIVA MOBILE O RIMOVIBILE O IBRIDA COMBINATA FISSA-MOBILE

		N°	POSIZIONE	IMPORTO
262	Gancio fuso in L.P.			
170	* Protesi mobile parziale in resina di un solo elemento più ganci			
530	* Per ogni elemento in più su protesi mobile parziale in resina oltre primo elemento			
163	* Protesi mobile totale per arcata con denti in resina		8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	
531	* Protesi mobile totale per arcata con denti in resina e struttura metallica		8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	
164	* Protesi mobile totale per arcata con denti in porcellana			
200	Attacchi di precisione			
201	* Barra prefabbricata (di Ackermann, di Dolder, ecc.)			
202	* Barra fresata o mesostruttura fino a 4 impianti (parte di protesi ibrida del tipo "Toronto Bridge")		8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	
203	* Barra fresata o mesostruttura oltre 4 impianti (parte di protesi ibrida del tipo "Toronto Bridge")		8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	
204	* Protesi con controfresaggio per barra (n° 12 elementi)			
193	* Protesi rimovibile scheletrata in lega		8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	
195	* Elemento di protesi su scheletrato		8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	

ORTODONZIA E GNATOLOGIA

Il trattamento ortodontico (fisso-mobile-voci 490-491) è rimborsabile per un massimo di tre anni solari.

		N°	POSIZIONE	IMPORTO
451	Molaggio selettivo (massimo due sedute per anno solare - rimborsabile solo dietro presentazione di documentazione fotografica con riscontro sui modelli in gesso)			
450	Analisi chinesiografica (rimborsabile solo dietro presentazione del referto)			
532	Tracciato cefalometrico su rx telecranio (rimborsabile solo dietro presentazione di documentazione del tracciato cefalometrico)			
472	Bite (non ripetibile)			
480	Trattamento ortodontico preprotetico (rimborsabile solo dietro presentazione di documentazione fotografica)			
490	Contributo per trattamento ortodontico mobile (per anno solare)			
491	Contributo per trattamento ortodontico fisso (per anno solare)			
533	Esposizione chirurgica di dente incluso (disinclusione) a scopo ortodontico, comprensiva della prestazione di ancoraggio dell'ortodontista, di eventuale osteotomia e/o lembo di accesso (rimborsabile solo dietro presentazione di documentazione fotografica)			

IGIENE ORALE E PARADONTOLOGIA



IMPORTANTE: La presente sezione è finalizzata a rilevare informazioni circa le prestazioni di igiene orale e paradontologia attualmente non rimborsate dal Fondo. Invitiamo comunque a compilare la parte sottostante a scopo statistico per verificare la possibilità di un loro eventuale futuro rimborso.

		N°	IMPORTO
410	Ablazione tartaro comprensiva di sondaggio paradentale, scaling e levigatura radici (a seduta)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
411	Istruzione e motivazione igiene (a seduta)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
380	Sigillatura solchi (ad elemento)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
534	Fluoroprofilassi (ad arcata)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
535	Approfondimento di fornice	<input type="text"/>	<input type="text"/>
441	Splintaggio o solidarizzazione di elementi dentari	<input type="text"/>	<input type="text"/>
519	Sbiancamento di dente trattato endodonticamente (ad elemento)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
518	Sbiancamento di denti vitali (per arcata)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
430	Courettage gengivale comprensivo di sondaggio paradontale, scaling e levigatura radici ad emiarcata	<input type="text"/>	<input type="text"/>
440	Gengivectomia / gengivoplastica (per sestante)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
431	Courettage a cielo aperto o lembo di accesso (per sestante)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
448	Chirurgia mucogengivale (difetto dente singolo)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
536	Chirurgia mucogengivale (difetti multipli)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
537	Chirurgia mucogengivale + innesto epitelio-connettivale (difetto dente singolo)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
538	Chirurgia mucogengivale + innesto epitelio-connettivale (difetti multipli)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
539	Chemioterapia topica paradontale (per seduta)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Febbraio 2012)

IMPORTO TOTALE (come da notula/e)

Firma dell'iscritto

Data

Firma e timbro dell'odontoiatra

IMPORTO LIQUIDATO

Decreto Legislativo n. 196/2003 – Tutela della privacy

I dati forniti saranno trattati dal Fasdac in conformità al D.Lgs. 196/2003 recante disposizioni in materia di protezione dei dati personali. Il Fasdac garantisce il rispetto dei diritti dell'interessato di cui al titolo II (artt. 7-10) del Decreto Legislativo indicato