

Modulo di richiesta
SUSSIDI MEDICO - SANITARI
VISITE SPECIALISTICHE / ESAMI / CURE TERMALI / TRASPORTO SANITARIO

Il sottoscritto/a

nato/a a prov. (.....) il

e residente a prov. (.....) indirizzo

C.F.:

CHIEDE

ai sensi del **Regolamento diarie e sussidi medico-sanitari** l'erogazione del rimborso per:

Visite Specialistiche

Esami ed accertamenti

Trattamenti termali

Trasporto verso struttura sanitaria

Come da documentazione allegata:

1. Ricevuta/Fattura in originale n. del/..../..... Motivo

2. Prescrizione del medico di base/specialista riportante la patologia/infortunio che ha causato la prestazione

a mezzo bonifico, sul mio conto corrente

COD. IBAN

I	T																														
Paese	Cin IBAN	Cin	ABI	CAB	N.ro Conto																										

Con riferimento a quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o "GDPR") ed ai requisiti dallo stesso definiti, in relazione a quanto richiesto dal D.Lgs.101/18, Le ricordiamo che, nella sua qualità di interessato, Le abbiamo precedentemente illustrato l'informativa sul trattamento dei dati personali e nei casi richiesti dalla legge abbiamo ricevuto il suo libero consenso; qualora volesse prendere visione dei documenti appena citati La invitiamo a richiederceli.

.....
(data)

.....
(firma)

.....
(parte riservata alla Mutua)

Socio dal ___/___/___

Ha versato la quota di rinnovo per l'anno _____? SI NO

Assenso alla liquidazione della somma di € _____ per gg. _____ in data ___/___/___

NO, non si può procedere alla liquidazione per mancanza dei requisiti richiesti.

Data: _____

Firme: _____
(per l'ufficio della Mutua)

_____ (per il Consiglio della Mutua)