

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)