

Spett.le
Associazione SAN BIAGIO PER NOI
Via Venezia n. 1
30025 – FOSSALTA DI PORTOGRUARO (VE)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____ codice fiscale _____

e residente a _____ Prov. _____ indirizzo _____

e-mail _____

Nome del figlio (se la richiesta di rimborso è intestata al minore censito a carico del Socio San Biagio per Noi)

DICHIARA

di aver usufruito delle seguenti prestazioni sanitarie

Visite specialistiche **Esami e accertamenti** **Cure termali, fisioterapiche, massaggi/terapie varie**

come da allegata copia della Ricevuta/Fattura n. _____ del _____

Motivo: _____

Per la quale dichiara di non aver usufruito del Servizio Sanitario Nazionale (ticket) e che la documentazione allegata, di cui sopra, è copia conforme all'originale.

La richiesta è stata inviata anche ad altra Cassa Mutua/Assistenziale (allego documentazione).

CHIEDE il risarcimento ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi.

A MEZZO c/c BANCA PREALPI SANBIAGIO C.Coop

(data)

(firma)

Per quanto riguarda il trattamento dei dati sensibili acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni rese dall'Associazione (ad esempio dati dai quali possa desumersi il mio stato di salute), sempre nei limiti in cui esso sia strumentale per le specifiche finalità perseguite dalle prestazioni da me richieste:

dò il consenso

nego il consenso

(data)

(firma)

(parte riservata alla San Biagio per noi)

Socio dal ____/____/____

Ha versato la quota di rinnovo per l'anno _____?

SI

NO

Assenso alla liquidazione della somma di € _____ in data ____/____/____

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

Firme:

(per l'ufficio di San Biagio per Noi)

(per il Consiglio di San Biagio per Noi)