

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 ____/____/_____
residente a _____ Prov. _____ indirizzo _____
Codice fiscale _____ e-mail _____

DICHIARA

di aver usufruito del seguente servizio di trasporto per motivi medico-sanitari

Autoambulanza Taxi

come da documentazione allegata:

1. Copia ricevuta/Fattura n. _____ del ____/____/____ Motivo _____
2. Copia documentazione medica comprovante la prestazione medico-sanitaria eseguita

Il sottoscritto Socio **dichiara**, a propria ed esclusiva responsabilità, che la documentazione allegata di cui sopra è copia conforme all'originale.

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 dalla 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.

Specifica: _____

Firme:

(per l'ufficio di San Biagio per noi)

(per il Consiglio di San Biagio per noi)