

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 \_\_\_\_\_

### DENUNCIA

il seguente ricovero ospedaliero (degenze minime 5 giorni)

causa:  malattia  infortunio  altro (specificare) \_\_\_\_\_

dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_

come da documentazione allegata:

1. Copia del documento rilasciato dall'istituto di cura riportante data di entrata ed uscita e **causa della malattia/infortunio** che ha causato il ricovero. 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 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)