

RICHIESTA SUSSIDI FAMIGLIA

Spett.le ASSOCIAZIONE ASSISTENZIALE OBIETTIVO BENESSERE
Mutua del Credito Cooperativo

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____
residente a _____ Cap. _____ Prov. _____
via/piazza/località _____
codice fiscale _____

CHIEDO

ai sensi del REGOLAMENTO SUSSIDI ALLA FAMIGLIA l'erogazione del sussidio per:

X	Specificare la Tipologia di Sussidio richiesto
1.	Sussidio pari a € 100,00 per nascita di un figlio destinato alla sottoscrizione di un fondo pensione a favore del nascituro entro il compimento del 12° mese (solo presso le succursali PrimaCassa Fvg)
2.	Sussidio pari a € 30,00 per nascita di un figlio destinato all' acquisto di materiali e beni per la prima infanzia
3.	Sussidio pari a € 30,00 per iscrizione del figlio al primo anno dell'Asilo Nido .
4.	Sussidio pari a € 30,00 per iscrizione del figlio al primo anno della Scuola dell'Infanzia .
5.	Sussidio pari a € 20,00 al figlio iscritto al primo anno della Scuola Elementare per acquisto di libri o materiale di cancelleria
6.	Sussidio pari a € 30,00 al figlio iscritto al primo anno della Scuola Media Inferiore per acquisto di libri o materiale di cancelleria
7.	Sussidio pari a € 40,00 per figlio iscritto al primo anno della Scuola Media Superiore per acquisto di libri o materiale di cancelleria
8.	Sussidio pari a € 10,00 per visita medica specialistica effettuata dai/I figli/o minorenni/e (Solo nei centri convenzionati)
9.	Sussidio pari a € 100,00 per figlio iscritto ad un Centro Estivo
10.	Sussidio pari a € 20,00 per Socio o familiare di primo grado, frequentante un centro diurno, residenziale o diurno occupazionale per persone disabili
11.	Sussidio pari a € 20,00 per Soci di età superiore ai 64 anni che partecipano ad un viaggio turistico con almeno un pernottamento
12.	Sussidio pari a € 30,00 per Socie frequentanti corsi di ginnastica/nuoto pre-parto o post parto fino al compimento del 12° mese del figlio.
13.	Sussidio pari a € 50,00 per soci o figlio/a minorenni per iscrizione a centri sportivi
14.	Bonus pari a € 100,00 dedicato ai Soci con 3 figli o più, per l'acquisto di apparecchi dentali, articoli ortopedici e occhiali da vista
15.	Sussidio per i Soci o figli minorenni che frequentano Scuole di Musica /Danza
16.	Sussidio per i Soci o figli minorenni che acquistano uno Strumento Musicale

RICHIESTA SUSSIDI FAMIGLIA

Allo scopo allega la seguente documentazione:

1. Fattura/scontrino/attestazione di pagamento n. _____ del ____ / ____ / ____
emessa da _____
a favore di _____
(Indicare il nome del Socio o del figlio/a minorenni)
2. Fattura/scontrino/attestazione di pagamento n. _____ del ____ / ____ / ____
emessa da _____
a favore di _____
(Indicare il nome del Socio o del figlio/a minorenni)
3. Fattura/scontrino/attestazione di pagamento n. _____ del ____ / ____ / ____
emessa da _____
a favore di _____
(Indicare il nome del Socio o del figlio/a minorenni)
4. Autocertificazione/attestazione di nascita figlio/a
5. Autocertificazione/ attestazione di iscrizione scolastica(nido/asilo/elementari/medie/superiori)

Data _____

Firma del Socio _____

I suoi dati saranno trattati dall'Associazione in adempimento delle norme vigenti in materia di trattamento dei dati personali.
Le ricordiamo che la liceità dei trattamenti effettuati sui suoi dati personali - trattamenti necessari al fine di erogare le prestazioni da lei richieste - sussiste in virtù della necessità di eseguire il contratto associativo di cui lei è parte; la stessa base di liceità sussiste per quanto riguarda eventuali trattamenti applicati dall'Associazione su dati personali di suo figlio minore di età, quando le prestazioni siano da lei richieste a beneficio di quest'ultimo.
Può rileggere le informazioni complete riguardanti il trattamento dei suoi dati personali nell'ambito del rapporto associativo di cui lei è parte, sull'informativa redatta ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) in suo possesso, e pubblicata sul sito web dell'Associazione all'indirizzo: www.obiettivobenesserems.it

=====

(parte riservata a Obiettivo Benessere)

Socio dal ____ / ____ / ____

Assenso alla liquidazione della somma di € _____

in data _____

(per il Consiglio dell'Ass. Assistenziale Obiettivo Benessere)

Note _____

