

RICHIESTA SUSSIDI SALUTE

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 SUSSIDIO SALUTE - DIARIE:

Contrassegnare la casella di interesse

<input type="checkbox"/>	Infortunio (ricovero)
<input type="checkbox"/>	Malattia (ricovero)
<input type="checkbox"/>	R.S.A.

dal giorno (ingresso) ____/____/____ al giorno ____/____/____ (uscita)

Allego documento in copia rilasciato dall'istituto di cura riportante data di entrata ed uscita e motivo del ricovero (Lettera Dimissioni)

=====

CHIEDO SUSSIDIO SALUTE – RIMBORSO PER PRESTAZIONI

Contrassegnare la casella di interesse

<input type="checkbox"/>	Visite mediche specialistiche c/o strutture convenzionate
<input type="checkbox"/>	Esami ed accertamenti diagnostici c/o strutture convenzionate
<input type="checkbox"/>	Trattamenti fisioterapici e riabilitativi strutture convenzionate c/o
<input type="checkbox"/>	Trattamenti psicoterapeutici c/o strutture convenzionate
<input type="checkbox"/>	Centri termali (per cure/trattamenti) convenzionati o non convenzionati

Allego documento/i in copia della fattura /ricevuta/attestazione di pagamento

=====

CHIEDO SUSSIDIO SALUTE per VISITA SPORTIVA AGONISTICA/NON AGONISTICA

N.1 _____
Indicare il nominativo del Socio o del figlio minorenni per cui si chiede il sussidio

N.2 _____
Indicare il nominativo del Socio o del figlio minorenni per cui si chiede il sussidio

Allego documento/i in copia della fattura /ricevuta/attestazione di pagamento

CHIEDO SUSSIDIO SALUTE – AFA - ATTIVITA' FISICA ADATTATA

Allego documento in copia della fattura /attestazione di pagamento/bonifico e copia della prescrizione medica

=====

CHIEDO SUSSIDIO SALUTE - TRASPORTO SANITARIO

Servizio ambulanza o automezzo attrezzato (solo da e per strutture sanitarie)

Allego documento in copia della fattura /attestazione di pagamento/bonifico dove sono indicati gli estremi del trasporto (giorno/ luogo/tragitto/motivazione, nome del Socio o familiare minorenni)

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, dai quali possa desumersi il suo stato di salute - 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.
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 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 _____

