

Spett.le
Monsile Con te – Mutua del Credito Cooperativo
Via Roma n. 21/a
31050 – Monastier di Treviso (TV)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

prov. _____ il ____/____/____ e residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ codice fiscale _____

DICHIARA

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

Autoambulanza

Taxi

C H I E D E il sussidio collegato all'evento sopra indicato a norma del Regolamento Sussidi alla Famiglia attualmente in vigore. Il sussidio richiesto sarà da voi pagato attraverso una disposizione bancaria sul conto corrente a me intestato, nel quale vengono addebitati i contributi associativi annuali.

Allo scopo allega la seguente documentazione

1. Ricevuta/Fattura copia conforme all'originale n. _____ del ____/____/____
2. Documentazione medica comprovante la prestazione medica-sanitaria eseguita

Con riferimento a quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o "GDPR") ed ai requisiti dallo stesso definiti, in relazione a quanto richiesto dal D.Lgs.101/18, Le ricordiamo che, nella sua qualità di interessato, Le abbiamo precedentemente illustrato l'informativa sul trattamento dei dati personali e nei casi richiesti dalla legge abbiamo ricevuto il suo libero consenso; qualora volesse prendere visione dei documenti appena citati La invitiamo a richiederceli.

dò il consenso

nego il consenso

(data)

(firma)

(parte riservata alla Mutua)

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 _____

Ufficio Serenissima Mutua