

RICHIESTA DI RIMBORSO PER TRASPORTO PERSONALE

Spett.le
ALBANOSTRA
Cassa Mutua G. Leopardi
Piazza Barcaroli, 30
60030 – Morro d'Alba (AN)

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 Sanitario

come da documentazione allegata:

1. Ricevuta/Fattura in originale n. _____ del ____/____/____ Motivo _____

2. Documentazione medica comprovante la prestazione medica-sanitaria eseguita

CHIEDE il risarcimento ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi.

A MEZZO

c/c numero _____ B.C.C. di Ostra e Morro d'Alba filiale _____

Per quanto riguarda il trattamento dei dati sensibili acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni rese dalla Mutua (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 Mutua)

Socio dal ____/____/____ Ha versato la quota di rinnovo per l'anno _____? SI NO

Assenso alla liquidazione della somma di € _____ per gg. _____ in data ____/____/____

NO, non si può procedere alla liquidazione per _____

Firme: _____
(per l'ufficio della Mutua)

(per il Consiglio della Mutua)

Si ricorda che l'informativa inerente al trattamento dei dati personali resa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/16 è stata fornita e sottoscritta in fase di richiesta di ammissione quale socio ed è ulteriormente consultabile, qualora lo ritenga necessario, sul sito www.albanostra.it