RICHIESTA DI DIARIA PER TRASPORTO PERSONALE

Spett. le
Si'Cura Mutua del Credito Cooperativo dell'Alta Brianza
Via IV novembre,549
22040 Alzate Brianza (CO)

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

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 bonifico:

COD. IBAN

I	T																										
Paese		Cin IBAN		Cin	ABI					CAB					N.ro Conto												

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 € _____ in data _____

☐ NO, non si può procedere alla liquidazione per mancanza dei requisiti richiesti.

Firme: _____ _____
(per l'ufficio della Mutua) (per il Consiglio della Mutua)