

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE MEDICHE

Pol. 361109948 - I.B.M. Grandi Interventi

Tel. _____
COGNOME/NOME DEL CAPONUCLEO

INDIRIZZO _____ **e-mail** _____

IBAN DEL CAPONUCLEO

paese	cineur	cin	codice abi	codice cab	numero di conto corrente
I	T				

Inviare sempre ORIGINALE della documentazione (che sarà restituita)*

PRESTAZIONE	Data Documento	Importo €
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
Totale €		

***Mi impegno a conservare i documenti originali e ad esibirli in caso di esigenze di controllo**

Data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'Art. 13 del Decreto Legislativo 196/03, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto conoscenza che i dati medesimi possono rientrare nel novero dei dati "sensibili" (di cui all'Art. 26 del citato Decreto), idonei a rilevare lo stato di salute. Del pari acconsente alla comunicazione e all'eventuale trasferimento all'estero dei propri dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente.

Firma del caponucleo _____ Firma del familiare assistito _____
 (se minorenni, firma di chi ne esercita la patria potestà)