

**Richiesta RIMBORSO SPESE SANITARIE
per SOCI ONORARI**

Spett.le
Aon Hewitt Risk & Consulting S.r.l.
SERVIZIO C.A.D.G.I.
Via Andrea Ponti 8/10
20143 Milano (MI)

NOME COGNOME

CODICE PERSONALE TELEFONO

Indicare in caso di variazione le COORDINATE BANCARIE PER IL RIMBORSO (Iban)

| Paese | | cin euro | cin | ABI | | | | CAB | | | | Numero Conto | | | | | | | |
|-------|---|----------|-----|-----|--|--|--|-----|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|
| I | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ELENCO DOCUMENTAZIONE ALLEGATA IN FOTOCOPIA

Gli originali non verranno restituiti

| N° fattura | Data fattura | Codice prestazione | Beneficiario prestazione | Spesa | Riservato CADGI |
|------------|--------------|--------------------|--------------------------|-------|-----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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 della 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.

Dichiaro che i beneficiari delle prestazioni per i quali ho richiesto il rimborso, sono da considerare, a tutti gli effetti, carico di famiglia ai fini fiscali e sono in copertura nel rispetto del regolamento CADGI.

N.B : E' necessaria la firma di ogni componente maggiorenne del nucleo familiare per il quale si richiede il rimborso spese. Per i minori è sufficiente la firma di chi esercita la patria potestà.

IN CASO DI APPELLO ALLA GIUNTA E' OBBLIGATORIO COMPILARE IL RIQUADRO RICHIESTA. IN MANCANZA DI COMPILAZIONE IL PRESENTE MODULO E' INCOMPLETO E NON SARA' PRESO IN CONSIDERAZIONE.

Titolare della posizione:

Assistiti minorenni:

..... Data

