

**Richiesta RIMBORSO SPESE SANITARIE
per SOCI ONORARI**

Spett.le
Aon Advisory and Solutions S.r.l.
SERVIZIO C.A.D.G.I.
Via Calindri 6,
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 maggiorenni:

..... Data

