Spett.le

***Valdarno Mutua***

*Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo*

Piazza della Libertà 26

52927 – San Giovanni Valdarno (AR)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e residente a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA** di aver usufruito delle seguenti prestazioni sanitarie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Visite Specialistiche |  | Esami ed accertamenti |  | Cure termali |

come da documentazione allegata:

1. Ricevuta/Fattura in originale n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Prescrizione del medico di base/specialista riportante la patologia/infortunio che ha causato la prestazione

**C H I E D E** 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 | | | | | | | | | | | |

Con riferimento a quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o “GDPR”) ed ai requisiti dallo stesso definiti, in relazione a quanto richiesto dal D.Lgs.101/18, Le ricordiamo che, nella sua qualità di interessato, Le abbiamo precedentemente illustrato l’informativa sul trattamento dei dati personali e nei casi richiesti dalla legge abbiamo ricevuto il suo libero consenso; qualora volesse prendere visione dei documenti appena citati La invitiamo a richiederceli.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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 mancanza dei requisiti richiesti. |

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(per l'ufficio della Mutua) (per il Consiglio della Mutua)