



RICHIESTA DI CONTRIBUTO SPESE PER MOTIVI DI SALUTE

Il/la sottoscritto/a

Socio Ordinario N. Codice fiscale

CHIEDE

Un contributo per le spese sostenute/da sostenere:

VIAGGIO PER MOTIVI DI SALUTE

- a cura dell'Associazione di Volontariato
- con mezzo proprio

per sottoporsi a visita medica /esame diagnostico all'Ospedale/Centro Medico di in data

Allegato:

- impegnativa medica
- attestato di presenza dell'Associazione o attestato di accesso/presenza rilasciato dall'Ospedale e/o dalla struttura sanitaria per gli usi consentiti dalla legge
- ricevuta o fattura spesa pernottamento

VISITA MEDICA SPECIALISTICA/ESAMI DIAGNOSTICI INERENTI ALLA PATOLOGIA ONCOLOGICA

Allegato:

- fattura medico specialista o centro medico

ACQUISTO FARMACI/PARAFARMACI PER TERAPIA INTEGRATA ONCOLOGICA

Allegato:

- scontrino con codice fiscale/fattura
- richiesta medica

SPESE PER RILASCIO CERTIFICATO INPS PER INVALIDITA' E INABILITA'

Allegato:

- ricevuta relativa alla spesa per il rilascio del Certificato Inps

CHIEDE

Che il pagamento avvenga con le seguenti modalità:

mediante Bonifico sul conto corrente intestato a

IBAN

pagamento diretto all' Associazione di Volontariato

DICHIARA

Di averne effettiva necessità economica.

Di non percepire per lo stesso titolo somme da altri Enti.

Di essere stato informato che i dati personali inseriti nella presente richiesta saranno conservati negli archivi cartacei e informatici dell'Associazione ed utilizzati unicamente per lo svolgimento delle proprie funzioni.

Di aver ricevuto l'informativa prevista dall'Art. 13 del D.LGS. n. 196 del 30/06/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal GDPR 2016/679.

Data Firma.....