

OGGETTO : sussidio per cure termali

Il sottoscritto..... nato
a, il, C.F.,
residente in Via/Piazza..... n°
C.A.P. Comune Prov. Telefono
Indirizzo mail Vs. associato, dipendente dall'Azienda
essendo stato ricoverato per cure termali dal al....., chiede che gli venga corri-
sposto il relativo sussidio assistenziale previsto per l'anno

A tale scopo, dichiara che non ha beneficiato e non beneficerà, nell'anno, di analoga provvidenza da altri
Enti.

All'uopo, si allegano:

A) Documentazione per associati in servizio:

- 1) certificato medico contenente diagnosi e prescrizione delle relative cure;
- 2) **certificato di avvenute cure rilasciato dallo stabilimento termale.**

B) Documentazione per associati pensionati:

- 1) certificato medico contenente diagnosi e prescrizione delle relative cure;
- 2) **certificato di avvenute cure rilasciato dallo stabilimento termale;**
- 3) ricevuta o ricevute fiscali comprovanti le spese sostenute per le cure e per il soggiorno.

Fa presente che l'importo a suo credito:

☐ dovrà essere bonificato presso

N° AGENZIA		CITTA'				NOME BANCA													
Paese	Check	Cin	ABI				CAB				Numero conto								
(2 lett)	(2 cifre)	lett.	(Cinque cifre)				(Cinque cifre)				(Dodici lettere maiuscole e numeri)								
I	T																		

Lo scrivente presta il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili (Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs 196/2003 in materia di protezione dei dati personali).

Data

.....
(firma per esteso obbligatoria)