

# **RICHIESTA DI RIMBORSO PER TRASPORTO PERSONALE**

Spett.le  
**ALBANOSTRA**  
**Cassa Mutua G. Leopardi - ETS**  
Piazza Barcaroli, 30  
60030 - Morro d'Alba (AN)

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

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

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

\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

## **DICHIARA**

di aver usufruito del seguente servizio di trasporto per motivi medico-sanitari  
(solo verso e dall'Ospedale/Cliniche)

Autoambulanza

Taxi Sanitario

A tale scopo allega:

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

Motivo \_\_\_\_\_

2. Documentazione medica comprovante la prestazione medico-sanitaria eseguita.

**CHIEDE** il rimborso ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi.

## **A MEZZO**

c/c numero \_\_\_\_\_ BCC di Ostra e Morro d'Alba, Filiale \_\_\_\_\_

Per quanto riguarda il trattamento dei dati sensibili acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni rese dalla Mutua (ad esempio dati dai quali possa desumersi il mio stato di salute), sempre nei limiti in cui esso sia strumentale per le specifiche finalità perseguite dalle prestazioni da me richieste:

do il consenso

nego il consenso

\_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_

Firme: \_\_\_\_\_  
(per l'ufficio della Mutua)

\_\_\_\_\_  
(per il Consiglio della Mutua)

Si ricorda che l'informativa inerente al trattamento dei dati personali resa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/16 è stata fornita e sottoscritta in fase di richiesta di ammissione quale socio ed è ulteriormente consultabile, qualora lo ritenga necessario, sul sito [www.albanostra.it](http://www.albanostra.it)