

RICHIESTA RIMBORSI SUSSIDI ALLA FAMIGLIA

Spett.le
Consiglio di Amministrazione
di Abruzzese Salute – *Mutua del Credito Cooperativo*

Il/la sottoscritto/a.....nato/a a.....(.....)
il...../...../.....residente in.....(.....) vian°.....
Recapito telefonico..... C.F.:

CHIEDE

Ai sensi del Regolamento Sussidi alla Famiglia l'erogazione per:

1. nuovo/i nato/i
2. iscrizione figlio/i 1° anno asilo nido
3. iscrizione figlio/i 1° anno scuola infanzia
4. iscrizione figlio/i 1° anno scuola primaria
5. iscrizione figlio/i 1° anno scuola media inferiore
6. iscrizione figlio/i minore/i scuola media superiore ed a centri, società o associazioni sportive

Che vorrete accreditarmi, a mezzo bonifico, sul mio conto corrente IBAN a suo tempo indicato, come da Regolamento vigente.

Allo scopo allega i seguenti documenti:

- a) Quietanza di pagamento della quota di iscrizione (per punti 2 e 3)
- b) Certificato di nascita indicante le generalità dei genitori (per punto 1)
- c) Certificato di iscrizione e frequenza (per punti 4, 5 e 6)
- d) Documento fiscale rilasciato dalla società, associazione sportiva o altro recante il nome del figlio del socio (per punto 6)

_____ lì _____

Firma

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 art.9, c.2, lett. a) e d) in merito al trattamento dei dati personali propri e dei figli minori, acquisiti in relazione alle prestazioni di rimborso rese dalla Abruzzese Salute, saranno strettamente ed esclusivamente gestiti per le specifiche finalità della pratica di rimborso:

dà il consenso

nega il consenso

(data) _____

(firma) _____

Io sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, dichiaro sotto la mia personale responsabilità (DPR N.445/2000) che i dati su riportati sono conformi a verità.

In fede

_____ li _____

N.B.: si ricorda che le domande di rimborso devono pervenire entro il termine max. 90 gg. dalla data della nascita del figlio (punto 1) o dell'iscrizione (da punto 2 a punto 6), pena la mancata accettazione delle stesse.

Dal 91° giorno al 180° i rimborsi saranno erogati al 50%. Nessun rimborso sarà erogato, decorso tale ulteriore termine.

La Mutua, ai fini di un eventuale riscontro, può chiedere in visione il documento originale, laddove presentato in copia.

Ricevuto in data _____

timbro e firma _____

=====
(parte riservata alla Mutua)

Socio dal.....scadenza annualità.....in regola con i pagamenti SI NO

Assenso alla liquidazione della somma €.....in data.....

Dissenso alla liquidazione per.....

Data _____

(per l'ufficio della Mutua)

(per il Consiglio della Mutua)
