

# Spese Sanitarie

Alla  
Cassa di Mutua Assistenza fra il  
Personale della Banca toscana  
Via Pancaldo 4  
50127 Firenze

## RICHIESTA CONTRIBUTO SPESE SANITARIE

Socio    
Cognome Nome

Indirizzo  Cap  Città

Numero di Telefono \*

Email (se esistente) \*

Con la presente il sottoscritto **chiede il contributo come previsto dalla circolare del 18 Giugno 2018** di quanto segue:

**Spese sanitarie** sostenute nell'anno 2017 a fronte di prestazioni mediche, allegando quanto richiesto nella circolare

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> socio che presenta dichiarazione dei redditi | <input type="checkbox"/> socio esodato senza dichiarazione dei redditi |
| <input type="checkbox"/> socio esodato fiscalmente a carico/familiare | <input type="checkbox"/> socio residente all'estero                    |

Il contributo verrà accreditato sul seguente IBAN:

(IBAN)\*

Il socio è titolare di Polizza Sanitaria\* SI  NO

**N.B. Non sarà ritenuto idoneo nessun altro tipo di documentazione.**

La Cassa si riserva di richiedere la documentazione relativa al contributo richiesto; qualora i dati forniti non risultassero veritieri, perseguirà le dichiarazioni autocertificate mendaci ai sensi delle vigenti leggi in materia.

Data,

Firma \_\_\_\_\_

### Consenso al Trattamento dei Dati Personali Comuni e Sensibili

Preso atto dell'informativa che mi è stata consegnata ai sensi della normativa nazionale ed europea applicabile in materia di protezione dei dati personali, con particolare riferimento al GDPR - Regolamento (UE) n. 2016/679, acconsento al trattamento dei miei dati personali di cui all'art. 9 del GDPR nonché alla loro comunicazione ed al relativo trattamento con le finalità e nei limiti illustrati nell'informativa predetta.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\*Campi Obbligatori