

DA COMPILARE A CURA DELL'ISCRITTO			
Per velocizzare la liquidazione della pratica si prega di completare <u>tutti gli elementi identificativi</u> richiesti			
Dipendente =	<input type="checkbox"/>	← Scegliere con "X" il proprio stato e indicare qui sotto l'Azienda di appartenenza:	
Pensionato =	<input type="checkbox"/>		
<b>Azienda</b>			
ISCRITTO (Socio)		Nr.Matric.Az.	
ASSISTITO [*]	Data nascita	PARENTELA	
	/ /		
Medico di base-SSN (da indicare in ogni caso)	Data inizio prestaz.	Data fine prestaz.	
	/ /	/ /	

Modulo per Opzioni Normali da 01/01/2025

Opzioni 1+1/A-1/D-1/S+2 +2/E

↓ Inserite qui un numero a vostra scelta che permetta l'identificazione della pratica per eventuali contatti

Nr.RICHIESTA	← Nr identificativo della pratica [pregasi non riutilizzare lo stesso numero]
Compilatore	
Visto ESECUZ.	

[\*] Per ogni assistito (iscritto o familiare) compilare un Modulo separato.  
E' possibile raggruppare più prestazioni (con stesso anno di riferimento), se l'assistito è la medesima persona.

TIMBRO: Nr.Protocollo e Data arrivo

Opz.Normali: 1+1/A-1/D-1/S+2 +2/E

a cura del Socio

Riservato a Segret.Focas

Cod /Sub	Prestazioni	Nr.	Spese dichiar.	Sp.riconosciute	Nr.	Imp.rimborso
01	02					
	01					
05	01					
	02					
	40					
	42					
08	04					
	40					
	42					
09	02					
	03					
	04					
	01/10					
	39					
20	40					
	60					
	61					
25	01					
	02/03					
30	01/03					
	21/23					
40	01					
	02					
	03					
	04/05					
50	01/51					
	05/55					
	10/60					
	12/62					
	40/41					
60	01					
		<b>TOTALE</b>				

Si chiede accreditamento in conto corrente:

Paese	CIN Eur	CIN	ABI	CAB	N. Conto Corrente

Per le **CURE DENTARIE** usare Mod. 1/B

riservato Segret.Focas

Data liquidaz.PRATICA

NOTE: .....

- Dichiaro che le spese sono interamente a mio carico e che per le prestazioni oggetto della presente richiesta non ho diritto a rimborso da parte di terzi (SSN, Regione, altri fondi sanitari, ecc); qualora in futuro mi pervenissero indennizzi, mi impegno a darne comunicazione ai sensi dell'art 24 del Regolamento per le prestazioni assistenziali.
- Dichiaro di aver ricevuto per le prestazioni oggetto della presente richiesta un rimborso da parte di terzi (SSN, Regione, altri fondi sanitari, ecc) e di avere inserito la documentazione del rimborso ottenuto da parte di terzi nei documenti allegati.

↑ obbligatorio spuntare una delle due dichiarazioni sopra

Cellulare Tel.Casa	Indirizzo e-mail

Data .....

Firma del Socio .....