

**RICHIESTA DI DIARIA PER RICOVERO OSPEDALIERO**

Spett.le  
MARCA SOLIDALE - Società di Mutuo Soccorso  
Via G. Garibaldi n. 46  
31010 – Orsago (TV)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ CDG \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**DENUNCIA**

il seguente ricovero ospedaliero

causa:  malattia  infortunio  altro (specificare) \_\_\_\_\_

dal giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

come da documentazione allegata:

1. Documento rilasciato dall'istituto di cura riportante data di entrata ed uscita e causa della malattia/infortunio che ha causato il ricovero;
2. In caso di infortunio, verbale di infortunio rilasciato su richiesta dall'istituto di cura

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

**A MEZZO**

C/C BANCA DELLA MARCA numero \_\_\_\_\_ 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:

dò il consenso

nego il consenso

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

-----  
(parte riservata a MARCA SOLIDALE)

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 mancanza dei requisiti richiesti.

Firme: \_\_\_\_\_  
(per l'ufficio MARCA SOLIDALE)

\_\_\_\_\_  
(per il Consiglio di MARCA SOLIDALE)