

**RICHIESTA DI RIMBORSO PER TRASPORTO PERSONALE**

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 \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di aver usufruito del seguente servizio di trasporto per motivi medico-sanitari

Autoambulanza  Taxi

come da documentazione allegata:

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

Motivo \_\_\_\_\_

2. Documentazione medica comprovante la prestazione medica-sanitaria eseguita

**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)