

SPORTELLO DI **RICHIESTA DI INSERIMENTO DOMANDA DI RIMBORSO**

Il sottoscritto CF
(in caso di primo contatto con sportello indicare anche: nato il e residente
a cap in Via n.),
iscritto al Fondo SANI.IN.VENETO, riferimento recapiti CELL o
E-MAIL chiede l'inserimento della domanda
di rimborso degli importi previsti

 per se stesso per i propri familiari

<input type="text"/>	CF	<input type="text"/>
<input type="text"/>	CF	<input type="text"/>
<input type="text"/>	CF	<input type="text"/>

e allega la documentazione prevista per un totale di documenti.Chiede l'erogazione al seguente IBAN intestato a

Il sottoscritto dichiara di non aver effettuato analoga richiesta ad altro Fondo di assistenza sanitaria
integrativa o in caso di richiesta di aver ricevuto già il seguente contributo:

ENTE <input type="text"/>	Rif doc <input type="text"/>	importo <input type="text"/>
ENTE <input type="text"/>	Rif doc <input type="text"/>	importo <input type="text"/>
ENTE <input type="text"/>	Rif doc <input type="text"/>	importo <input type="text"/>

 Firma iscritto: _____ Data ricezione: **Consenso al trattamento dei dati personali – Regolamento UE 216/279**

Il sottoscritto riceve l'informativa ai sensi art. 13 del Regolamento UE 2016/679, avendone compreso il significato, in merito

[A] **(OBBLIGATORIO)** Al trattamento dei miei dati personali e particolari necessari per la gestione e liquidazione della copertura sanitaria a cui aderisco e ai soggetti coinvolti nel flusso operativo (Fondo sanitario, Sportelli accreditati con il Fondo, Contitolari e Responsabili del trattamento) e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate per la fornitura del servizio richiesto (finalità 3A dell'informativa).

 DO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO

[B] **(FACOLTATIVO)** Al trattamento dei miei dati personali per l'attività di invio di comunicazioni di carattere promozionale relative ai servizi del Fondo medesimo e/o di società, associazioni o enti appartenenti o consociate a Sani.In.Veneto relativamente alla loro funzione per il Fondo. L'attività di comunicazione di carattere promozionale è riservata, tra i contitolari, al Fondo Sani.In.Veneto (finalità 3B dell'informativa).

 DO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO Data:

Firma iscritto: _____

Firma del familiare: _____

(se minore, firma di chi esercita la responsabilità genitoriale o di chi ne ha la tutela)