

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

di aver usufruito del seguente servizio di trasporto

Croce Rossa Italiana       Taxi

come da documentazione allegata:

- 1 Ricevuta/Fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_
- 2 Documentazione medica comprovante il servizio erogato

**CHIEDO** il rimborso ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi

A MEZZO

Conto corrente c/o BCC delle Prealpi

IBAN: \_\_\_\_\_ Filiale \_\_\_\_\_

Per quanto riguarda il trattamento e la comunicazione dei miei dati personali e sensibili acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni rese dall'Associazione di Mutuo Soccorso NOIxNOI (ad esempio dati dai quali possa desumersi lo stato di salute in particolare per la gestione e la liquidazione dei sussidi previsti nell'ambito delle iniziative sanitarie a cui aderisco), a soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente a Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Compagnie di Assicurazione e Società di gestione e liquidazione sinistri, sempre nei limiti delle competenze assegnate agli stessi e nel solo caso in cui il trattamento e la comunicazione siano strumentali per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi da me richiesti, io sottoscritto presto il mio consenso ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche e integrazioni. Sono consapevole che, in mancanza del mio consenso, l'Associazione di Mutuo Soccorso NOIxNOI non potrà dar corso alle prestazioni e ai servizi sopracitati.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma per accettazione e presa visione)

=====  
(parte riservata a NOIxNOI)

Socio dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ha versato la quota di rinnovo per l'anno \_\_\_\_\_?  SI  NO

Assenso alla liquidazione della somma di € \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NO, non si può procedere alla liquidazione per mancanza dei requisiti richiesti: \_\_\_\_\_

Firme: \_\_\_\_\_  
(per l'ufficio di NOIxNOI)

\_\_\_\_\_  
(per il Consiglio di NOIxNOI)