

Spett.le
TEMA Vita
Via degli Apostoli 11/b
58100 Grosseto (GR)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____ e residente a
_____ prov. ____ cell _____ email
_____, in qualità di Associato di TEMA Vita,

presa visione del Regolamento della Campagna sanitaria 2022 **“Hai cura di te e dei tuoi cari?”**

RICHIEDE

l'accesso al beneficio garantito del 50%

In merito dichiara la fruizione della seguente prestazione medico-sanitaria:

- Tipologia di prestazione:

- visita specialistica
 - in struttura sanitaria privata o medico specialista
 - in struttura sanitaria pubblica (intramoenia o ticket)
- esame diagnostico
- esame di laboratorio
- cure fisioterapiche

- Beneficiario della prestazione:

- per sé stesso
- per figlio minore

Nome, cognome e luogo di nascita figlio minore:

.....

A conferma di quanto dichiarato, si allega documento di spesa recante evidenza della prestazione medico-sanitaria e dell'importo pagato.

Con riferimento alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, in considerazione delle disposizioni di cui al Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati 679/2016 e al Codice della Privacy (D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196), dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e di aver precedentemente prestato consenso al trattamento dei miei dati personali, compresi i dati appartenenti a categorie particolari.

(data)

(firma)