

Spett.le  
**BERGAMO VITA**  
**ASS. MUTUALISTICA DI ASSISTENZA**  
**VIA CLARA AMEFFEI, 2 – BERGAMO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA** di aver usufruito delle seguenti prestazioni sanitarie:

Visite Specialistiche  Esami ed accertamenti  Cure termali

come da documentazione allegata:

1. Ricevuta/Fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_
2. Prescrizione del medico di base/specialista riportante la patologia/infortunio che ha causato la prestazione

**C H I E D E** il sussidio sanitario collegato alla prestazione sopra indicata a norma del Regolamento Sussidi Sanitari attualmente in vigore. Il sussidio richiesto sarà da voi pagato attraverso una disposizione bancaria sul conto corrente a me intestato, nel quale vengono addebitati i contributi associativi annuali.

Con riferimento a quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o "GDPR") ed ai requisiti dallo stesso definiti, in relazione a quanto richiesto dal D.Lgs.101/18, Le ricordiamo che, nella sua qualità di interessato, Le abbiamo precedentemente illustrato l'informativa sul trattamento dei dati personali e nei casi richiesti dalla legge abbiamo ricevuto il suo libero consenso; qualora volesse prendere visione dei documenti appena citati La invitiamo a richiederceli.

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

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

=====

**(parte riservata alla Mutua)**

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.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(per l'ufficio della Mutua)

\_\_\_\_\_  
(per il Consiglio della Mutua)