

**DOMANDA PER L’EROGAIONE DI SUSSIDI SANITARI AI SOCI**

**PER CURE ODONTOIATRICHE, OCCHIALI DA VISTA E CURE TERMALI**

**ANNO 2019**

\_l\_ sottoscritt \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Socio/a della Società di Mutuo Soccorso Fra gli Operai di Avigliano, Tess. N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

* L’erogazione del sussidio per cure odontoiatriche

per spese sostenute dal 29/04/2019 al 26/04/2020 *(il contributo è biennale per massimo € 100,00);*

* L’erogazione del sussidio per l’acquisto di occhiali da vista

per spese sostenuta dal 29/04/2019 al 26/04/2020 *(il contributo è biennale per massimo € 100,00);*

* L’ erogazione del contributo per cure termali

effettuate dal 29/04/2019 al 26/04/2020 *(il contributo è annuale per massimo € 50,00).*

**ALLEGA:**

1. prescrizione medica della visita oculistica effettuata nell’anno in corso;
2. copia delle ricevute di pagamento delle prestazioni effettuate;
3. fotocopia della richiesta medica per le cure termali;
4. copia del documento di riconoscimento.

***Per ogni anno solare si può associare solo una tipologia di sussidio al contributo per le cure termali***

FIRMA

----------------------------------

Avigliano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Visto dell’ufficio***

***Visto di autorizzazione del Presidente***

***Andrea Genovese***

***Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) in contanti per cure odontoiatriche/occhiali/termali.***

*Avigliano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IN FEDE*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*