

N. protocollo	Data compilazione
	Arrivo sede regionale
Regione	Arrivo sede nazionale

Numero matricola socio

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

RICHIESTA SUSSIDI

(compilare in stampatello)

Il/la sottoscritto/a _____ nato il _____
 (Cognome e nome)

Iscritto/a dal _____ **SNAG** _____
 (Professione) (Ente di appartenenza)

Indirizzo _____ n. _____
 (Via/piazza)

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Tel. abit. _____ Tel. ufficio _____ E-mail _____

Iscritto nella forma di assistenza

Tutela Giornalai base 1 Tutela Giornalai base 2 Tutela Giornalai base 3

chiede che gli venga corrisposto il sussidio per:

AREA SOCIO ECONOMICA

Malattia con decorso domiciliare

AREA SPECIALISTICA

Ticket per visite specialistiche, esami diagnostici, esami di laboratorio

AREA OSPEDALIERA - CONVALESCENZA

Ricovero ospedaliero (dopo due notti consecutive)

Ricovero diurno

Cure oncologiche chemioterapiche

Convalescenza (a seguito di ricovero)

Grandi interventi chirurgici

Assistenza ricovero ospedaliero (accompagnatore)

Chiede che il pagamento avvenga tramite accredito sul seguente c/c bancario:

Banca _____ Indirizzo _____

Nominativi degli intestatari del c/c _____

Codice IBAN

	CIN	A.B.I.	C.A.B.	CONTO
I T				

Compilare unicamente in caso di richiesta di sussidio per familiare avente diritto

Cognome e nome del familiare _____ Coniuge Figlio/a

Cognome e nome del familiare _____ Coniuge Figlio/a

Cognome e nome del familiare _____ Coniuge Figlio/a

Cognome e nome del familiare _____ Coniuge Figlio/a

Si allegano i documenti in originale.

In caso di documentazione in fotocopia, si dichiara che tali documenti sono in copia conforme all'originale.

Luogo e data

Firma (del richiedente)

Vedere nel Regolamento interno i documenti da allegare e le norme regolamentari.

Prestazione	N° Documenti allegati	Tot. €	S	C	F
MALATTIA CON DECORSO DOMICILIARE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TICKET PER VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI DIAGNOSTICI, ESAMI DI LABORATORIO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RICOVERO OSPEDALIERO (DOPO DUE NOTTE CONSECUTIVE)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RICOVERO DIURNO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURE ONCOLOGICHE CHEMIOTERAPICHE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONVALESCENZA (A SEGUITO DI RICOVERO)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSISTENZA RICOVERO OSPEDALIERO (ACCOMPAGNATORE)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tot. documenti allegati

N° _____

per € _____

Barrare la casella che interessa: S = Socio, C = Coniuge, F = Figlio.