

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 _____ (Professione) _____ (Ente di appartenenza)

Indirizzo _____ n. _____
 (Via/piazza)

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

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

Iscritto nella Prestazione:

- TUTELA ARCI LIGURIA L1 - SINGLE (fino ai 40 anni) € 126,00
 TUTELA ARCI LIGURIA L2 - FAMIGLIA E SINGLE € 168,00

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ricovero clinico ospedaliero | <input type="checkbox"/> Maternità |
| <input type="checkbox"/> Ricovero diurno/day surgery | <input type="checkbox"/> Gravidanza a rischio |
| <input type="checkbox"/> Ricovero in strutture sanitarie riabilitative | <input type="checkbox"/> Assistenza pediatrica |
| <input type="checkbox"/> Grandi interventi chirurgici e accompagnatore | <input type="checkbox"/> Vaccini |
| <input type="checkbox"/> Piccoli interventi chirurgici | <input type="checkbox"/> Latte artificiale |
| <input type="checkbox"/> Prevenzione e controlli (ticket) | <input type="checkbox"/> Malattia |
| <input type="checkbox"/> Alta diagnostica strumentale o alta specializzazione | <input type="checkbox"/> Infortunio sul lavoro ed extralavoro |
| <input type="checkbox"/> Esami diagnostici strum. Ed esami di laboratorio | <input type="checkbox"/> Ticket per terapie termali |
| <input type="checkbox"/> Visite specialistiche | <input type="checkbox"/> Terapie per cure fisiatriche e fisiochinesiterapia |
| <input type="checkbox"/> Cicli di terapie | <input type="checkbox"/> Terapie mediche mutuabili o riconosciute |
| <input type="checkbox"/> Cure oncologiche o della talassemia | <input type="checkbox"/> Acquisto apparecchio sanitario |
| <input type="checkbox"/> Assist. Domicil. Per malati terminali neoplastici | <input type="checkbox"/> Presidi sanitari indispensabili |
| <input type="checkbox"/> Dialisi | <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare sanitaria |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia oculistica | <input type="checkbox"/> Trasporto infermi |
| <input type="checkbox"/> Occhiali: montatura + lenti | <input type="checkbox"/> Teleassistenza |
| <input type="checkbox"/> Lenti a contatto (con prescrizione triennale) | <input type="checkbox"/> Riduzione stipendio |
| <input type="checkbox"/> Cure odontoiatriche | <input type="checkbox"/> Inabilità totale |
| <input type="checkbox"/> Cure e protesi dentarie | <input type="checkbox"/> Decesso |
| <input type="checkbox"/> Cure e protesi ortodontiche | |

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 I T				

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

Cognome e nome del familiare _____	<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Figlio/a
Cognome e nome del familiare _____	<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Figlio/a
Cognome e nome del familiare _____	<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Figlio/a
Cognome e nome del familiare _____	<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> 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
RICOVERO CLINICO OSPEDALIERO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RICOVERO DIURNO/DAY SURGERY	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RICOVERO IN STRUTTURE SANITARIE RIABILITATIVE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E ACCOMPAGNATORE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PICCOLI INTERVENTI CHIRURGICI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREVENZIONE E CONTROLLI (TICKET)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE O ALTA SPECIALIZZAZIONE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI ED ESAMI DI LABORATORIO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISITE SPECIALISTICHE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CICLI DI TERAPIE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURE ONCOLOGICHE O DELLA TALASSEMIA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSISTENZA DOMICILIARE PER MALATI TERMINALI NEOPLASTICI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIALISI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHIRURGIA OCULISTICA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OCCHIALI: MONTATURA + LENTI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LENTI A CONTATTO (CON PRESCRIZIONE TRIENNALE)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURE ODONTOIATRICHE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURE E PROTESI DENTARIE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURE E PROTESI ORTODONTICHE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MATERNITÀ	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRAVIDANZA A RISCHIO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSISTENZA PEDIATRICA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VACCINI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LATTE ARTIFICIALE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALATTIA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFORTUNIO SUL LAVORO ED EXTRALAVORO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TICKET PER TERAPIE TERMALI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TERAPIE PER CURE FISIATRICHE E FISIOKINESITERAPIA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TERAPIE MEDICHE MUTUABILI O RICONOSCIUTE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACQUISTO APPARECCHIO SANITARIO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESIDI SANITARI INDISPENSABILI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRASPORTO INFERMI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TELEASSISTENZA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RIDUZIONE STIPENDIO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INABILITÀ TOTALE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DECESSO	_____	_____	<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.