

# CONSORZIO FARSI PROSSIMO SALUTE

SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO  
**CESAREPOZZO**  
servizi d'integrazione sanitaria

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 nel/nella:

- Fondo Consorzio Farsi Prossimo Salute 240  Forma di assistenza Consorzio Farsi Prossimo Salute 120  
 Forma di assistenza Consorzio Farsi Prossimo Salute 100

chiede che gli vengo corrisposto il sussidio per:

### AREA ODONTOIATRIA

- Prestazioni odontoiatriche e/o ortodontiche  
 Cure odontoiatriche a seguito infortunio

### AREA RICOVERO

- Ricoveri per alta chirurgia  
 Diaria per ricovero ospedaliero

### PRESTAZIONI AMBULATORIALI

- Visite specialistiche  
 Prestazioni di diagnostica  
 Esami di laboratorio  
 Esami di diagnostica strumentale  
 Esami di alta diagnostica  
 Cicli di terapie

### AREA SOCIALE

- Maternità

**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 _____	<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
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E/O ORTODONTICHE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURE ODONTOIATRICHE A SEGUITO INFORTUNIO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RICOVERI PER ALTA CHIRURGIA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIARIA PER RICOVERO OSPEDALIERO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISITE SPECIALISTICHE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESAMI DI LABORATORIO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESAMI DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESAMI DI ALTA DIAGNOSTICA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CICLI DI TERAPIE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MATERNITÀ	_____	_____	<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.