

RICHIESTA RIMBORSI SUSSIDI ALLA FAMIGLIA

Spett.le



Hygieia
Associazione Mutualistica di Assistenza
Via Piazza de Curtis, nr. 1/2
CAP 84091,
Battipaglia (SA)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a

a _____ il ____/____/____ e residente

a _____ indirizzo _____

codice fiscale _____

CHIEDE

ai sensi del REGOLAMENTO SUSSIDI ALLA FAMIGLIA l'erogazione del sussidio familiare per:

- Sussidio per i nuovi nati destinato all'acquisto di materiali e beni per il neonato
- Sussidio iscrizione del proprio figlio/a al primo anno dell'Asilo Nido
- Sussidio iscrizione del proprio figlio/a al primo anno della Scuola dell'Infanzia
- Sussidio per acquisto materiale didattico al figlio iscritto alla classe prima della Scuola Elementare
- Sussidio per acquisto materiale didattico al figlio iscritto alla classe prima della Scuola Media Inferiore
- Sussidio per acquisto materiale didattico al figlio iscritto alla classe prima della Scuola Media Superiore
- Sussidio per acquisto materiale didattico al figlio iscritto alla classe terza della Scuola Media Superiore
- Sussidio per attività sportive
- Sussidio per attività culturali extrascolastiche

CHIEDE il sussidio collegato all'evento sopra indicato a norma del Regolamento Sussidi alla Famiglia 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.

Allo scopo allega la seguente documentazione di spesa sostenuta a favore del proprio/a figlio/a iscritto/a di seguito indicato/a: (figlio/a) _____

1. Ricevuta/Fattura n. _____ del ____/____/____ emessa da _____
2. Autocertificazione (solo per la nascita di un figlio)

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 del Socio)

=====

(parte riservata alla Mutua)

Socio dal ____/____/____ Ha versato la quota di rinnovo per l'anno _____? SI NO

- Assenso alla liquidazione della somma di € _____ in data ____/____/____
- NO, non si può procedere alla liquidazione per _____

Firme: _____
(per l'ufficio della Mutua)

_____ (per il Consiglio della Mutua)

Hygieia Associazione Mutualistica di Assistenza