



MODELLO RICHIESTA CONTRIBUTO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
con codice fiscale _____ e residente in
via/corso/piazza _____ n. _____ CAP _____
Comune di _____ Prov. _____
Tel. Abitazione _____ Cell. _____
in qualità di iscritto al Fondo di Solidarietà e secondo quanto previsto dallo statuto vigente
CHIEDE

la concessione del contributo:

- ART. 6**
- ART. 7**

allegando alla presente istanza:

° Copie dei documenti (busta paga e comunicazioni aziendali) attestanti la richiesta di cui all'art. 6

° Cartelle cliniche, ricevute fiscali, ticket ed altri documenti giustificativi attestanti la richiesta di cui all'art. 7

sceglie, in caso di approvazione dell'istanza, di ricevere il contributo a mezzo di bonifico su c/c bancario intestato a _____

presso l'istituto di credito _____ Agenzia _____
CAP _____ Città _____ Prov. (____)

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

Data ____/____/____

Firma _____

INFORMATIVA: In riferimento all'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 – GDPR, si informa che il FONDO DI SOLIDARIETA' garantisce che il trattamento dei dati forniti verrà effettuato esclusivamente ai fini dell'assolvimento degli scopi indicati nello Statuto (art. 3) dell'Associazione stessa, nonché nel rispetto di quanto stabilito dal Regolamento UE n. 2016/679 – GDPR e della normativa nazionale in vigore in tema di "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dallo statuto sociale. L'Associazione assicura, inoltre, il rispetto delle prescrizioni previste in merito alla liceità, alla correttezza, alla trasparenza del trattamento dei dati degli associati e il libero esercizio dei diritti dell'interessato, così come disciplinati dal Regolamento UE n. 2016/679 – GDPR e della normativa nazionale in vigore del decreto legislativo richiamato.

Resta inalterato il diritto dell'interessato di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati nonché la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge. L'eventuale rifiuto a fornire, in tutto o in parte, i dati richiesti comporta l'impossibilità per il FONDO DI SOLIDARIETA' di svolgere le attività previste nello Statuto a favore dei propri associati.

CONSENSO: Dichiaro di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 – GDPR e della normativa nazionale in vigore, del cui contenuto sono a conoscenza, ed esprimo, dopo attenta valutazione e libera determinazione, il consenso al trattamento dei miei dati personali come descritto nell'informativa stessa.

IL FONDO SI RISERVA DI RICHIEDERE AL SOCIO O AGLI ENTI COMPETENTI LA DOCUMENTAZIONE CHE RITERRÀ OPPORTUNA, A CONFERMA DELLA LEGITTIMITÀ DEL RIMBORSO RICHIESTO. LA DOCUMENTAZIONE DEVE ESSERE PRESENTATA O EVENTUALMENTE INTEGRATA ENTRO 180 GIORNI DALLA PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA DI RIMBORSO, PENA LA DECADENZA DEL DIRITTO A RICEVERE LE SOMME PER SPESE EFFETTIVAMENTE SOSTENUTE PER MOTIVI STRETTAMENTE SANITARI.

Data ____/____/____

Firma _____

FONDO SOLIDARIETÀ CIRCUMVESUVIANA
Corso Garibaldi, 387 – 80142 – Napoli – Telefono (081) 772 2662