



**DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI SUSSIDI SANITARI AI SOCI  
PER CURE ODONTOIATRICHE, OCCHIALI DA VISTA E CURE TERMALI**

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_ nat\_\_  
a \_\_ il \_\_ e residente in \_\_ in  
Via \_\_ cell. \_\_  
Socio/a della Società di Mutuo Soccorso fra gli Operai di Avigliano, Tess. N. \_\_

**CHIEDE**

☐ L'erogazione del sussidio per cure odontoiatriche  
per spese sostenute dal 29/04/2019 al 26/04/2020  
(il contributo è biennale per massimo € 100,00);

☐ L'erogazione del sussidio per l'acquisto di occhiali da vista  
per spese sostenute dal 29/04/2019 al 26/04/2020  
(il contributo è biennale per massimo € 100,00);

☐ L'erogazione del contributo per cure termali effettuate dal 29/04/2019 al  
26/04/2020  
(il contributo è annuale per massimo € 50,00).

**ALLEGA:**

1. prescrizione medica della visita oculistica effettuata nell'anno in corso;
2. copia delle ricevute di pagamento delle prestazioni effettuate;
3. fotocopia della richiesta medica per le cure termali;
4. copia del documento di riconoscimento.

**Per ogni anno solare si può associare solo una tipologia di sussidio al contributo per le cure termali**

Avigliano, \_\_\_\_\_

**visto dell'ufficio:  
autorizzazione**

**visto di**

**(Il Presidente)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Il/La sottoscritt** \_\_\_\_\_  
**dichiara di aver ricevuto €** \_\_\_\_\_ **(** \_\_\_\_\_ **)**  
**in contanti per cure odontoiatriche/occhiali/cure termali.**

Avigliano, \_\_\_\_\_

**IN FEDE**