



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. _____

C H I E D E

- 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 sostenuta 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*).

ALLEGÀ:

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