

**DOMANDA PER L’EROGAZIONE DI SUSSIDI SANITARI AI SOCI**

**PER CURE ODONTOIATRICHE O OCCHIALI DA VISTA**

**ANNO 2021**

\_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 dall’01/01/2021 al 31/12/31/12/2021 *(il contributo è biennale per massimo € 100,00);*

* L’erogazione del sussidio per l’acquisto di occhiali da vista

per spese sostenuta dall’01/01/2021 al 31/12/2021 *(il contributo è biennale per massimo € 100,00);*

***Per ogni anno solare si può richiedere solo una tipologia di sussidio***

**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.

FIRMA

----------------------------------

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

***Visto dell’ufficio***

***Visto di autorizzazione del Presidente***

***Donato Paolo SALVATORE***

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

*Avigliano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IN FEDE*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*