

CAMPAGNA REGIONALE 2022

RICHIESTA DI ACCESSO AL BENEFICIO



Spett.le

Via _____, nr. ____
CAP - Località (____)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov. _____ il ____/____/____ e residente a _____
prov. _____ indirizzo _____ codice fiscale _____,
in qualità di Associato di _____,

presa visione del Regolamento della Campagna Regionale _____, segnatamente dell'art. 4 – Limiti all'accesso al beneficio, dell'art. 5 – Esclusioni dal beneficio, dell'art. 6 – Decorrenza della campagna e termini di accesso al beneficio,

RICHIEDE

l'accesso al beneficio garantito dalla Campagna Regionale 2022

In merito dichiara la fruizione della seguente prestazione medico-sanitaria:

- Ambito medico-specialistico:

- Cardiologia
- Dermatologia
- Oculistica

- Tipologia di prestazione:

- visita specialistica
- esame diagnostico
- esame di laboratorio
- altro: _____

A conferma di quanto dichiarato, si allega documento di spesa recante evidenza della prestazione medico-sanitaria e dell'importo pagato.

Con riferimento alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, in considerazione delle disposizioni di cui al Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati 679/2016 e al Codice della Privacy (D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196), dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e di aver precedentemente prestato consenso al trattamento dei miei dati personali, compresi i dati appartenenti a categorie particolari.

(data)

(firma)