



Spett.

CCR Insieme ETS
Via Verdi, 19
20038 – BUSTO GAROLFO (Mi)

RICHIESTA RIMBORSI SUSSIDI SOCI UNDER 30

Il sottoscritto/a
residente a prov. (.....) indirizzo
C.F.:
TESSERA MUTUASALUS N°

CHIEDE

- (A) Sussidio VISITA MEDICA SPORTIVA
 (B) Sussidio MOBILITA' SCOLASTICA
 (C) Sussidio CONSEGUIMENTO PATENTE

Che Vorrete accreditarmi, a mezzo bonifico, sul conto corrente dichiarato sul SEPA allegato alla Domanda di Ammissione o aggiornato successivamente.

Allo scopo allega la seguente documentazione:

A1 Fattura visita medica n. _____ del _ / _ / _____ emessa da _____

B1 Iscrizione Istituto Scolastico o Universitario _____

B2 Documento/i attestante/i l'abbonamento al trasporto pubblico per almeno 3 mesi _____

C1 Fattura Scuola Guida

C2 Copia Patente conseguita o documento sostitutivo

Con riferimento a quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o "GDPR") ed ai requisiti dallo stesso definiti, in relazione a quanto richiesto dal D.Lgs.101/18, Le ricordiamo che, nella sua qualità di interessato, Le abbiamo precedentemente illustrato l'informativa sul trattamento dei dati personali e nei casi richiesti dalla legge abbiamo ricevuto il suo libero consenso; qualora volesse prendere visione dei documenti appena citati La invitiamo a richiederceli.

_____ (data)

_____ (firma)

=====
(parte riservata a CCR Insieme ETS)

Socio n° _____ Ha versato la quota di rinnovo per l'anno _____? SI NO

Assenso alla liquidazione della somma di € _____ in data _____ / _____ / _____

NO, non si può procedere alla liquidazione per mancanza dei requisiti richiesti.

Firme: _____
(per l'ufficio di CCR Insieme ETS) (per il Consiglio di CCR Insieme ETS)