

ASSIDA

Associazione per l'Assistenza Sanitaria Integrativa
Dirigenti Aziende del Gruppo Telecom Italia
10137 Torino - Via Tripoli, 94
Codice Fiscale 97572180012

MODULO RICHIESTA ANTICIPO

Il/La sottoscritto/a _____ codice ASSIDA _____

Dirigente in servizio presso la Società _____

Associato Pensionato/Superstite/Volontario

ai sensi dell'art. 2 del Regolamento ASSIDA, che dichiaro di conoscere in ogni parte,

RICHIEDO

l'erogazione dell'anticipo di spesa a fronte della seguente prestazione sanitaria

(specificare tipo di intervento)

per la quale è stata preventivata una spesa complessiva di Euro _____

per Il/La Sig./Sig.ra _____
(cognome e nome)

A completamento della presente domanda si allega:

- Proposta nominativa del Medico curante completa di diagnosi, data presunta della prestazione, indicazione della Struttura Sanitaria prescelta;
- Preventivo di spesa complessiva della Struttura Sanitaria e/o dei professionisti interessati.

Il sottoscritto:

autorizza ASSIDA a provvedere al recupero dell'anticipo in sede di liquidazione del concorso di spesa erogabile ai sensi del Regolamento vigente;

si impegna a restituire ad ASSIDA l'importo ricevuto in eccesso, nel caso in cui il concorso di spesa di cui al punto precedente si rivelasse inferiore all'anticipo erogato, entro 10 (dieci) giorni dalla data di richiesta da parte dell'Associazione.

(data)

(firma)

RECAPITI

Cellulare _____ email _____