

ASSOCIAZIONE PER L'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA AI LAVORATORI DELLA TPER E DELLA MOBILITA'

Via di Saliceto, 3 40128 Bologna tel. 051 350536 - C F 91243800371

RICHIESTA DI CONTRIBUTO

Io sottoscritto/a _____ Matr. _____

Socio/a dell'associazione su intestata con la presente sono a richiedere un contributo economico ai sensi del vigente Regolamento.

A tale scopo si allega la prescritta documentazione. (*)

Data, _____ Firma (leggibile) _____

Per agevolare il nostro compito ti invitiamo a compilare e barrare i sottostanti campi grazie.

Area di appartenenza

Sosta **Operai** **Impiegati** **Movimento**

Tel **E-mail**

** ASSICURARSI CHE LE FOTOCOPIE SIANO CHIARAMENTE LEGGIBILI E LA DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE EFFETTUATA COMPRESIBILE*

RISERVATO ALL'ASSOCIAZIONE

Esaminata la documentazione allegata alla richiesta del Socio, vengono concessi contributi, ai sensi del vigente Regolamento, per le prestazioni sotto specificate:

Codice prestazione **n°. prest.** **Data prestazione** **Familiare** **quota rimborso**

<u>Codice prestazione</u>	<u>n°. prest.</u>	<u>Data prestazione</u>	<u>Familiare</u>	<u>quota rimborso</u>

Prelievo della buchetta del _____ **Protocollo mensile N°.** _____

Esaminata dal Consiglio del _____

Ha dato il seguente esito :

- APPROVATO
- NON APPROVATO
- APPROVATO PARZIALMENTE
- RICHIESTA CHIARIMENTI
- SOSPESO
- INVIATA COMUNICAZIONE ESITO

PAGAMENTO: Paghe del _____ pratica N°. _____

Visto dei consiglieri : _____

Il segretario _____