

**RICHIESTA DI DIARIA PER RICOVERO OSPEDALIERO**

Il sottoscritto/a .....  
 nato/a a ..... prov. (.....) il .....  
 e residente a ..... prov. (.....) indirizzo .....  
 e\_mail:.....C.F.: .....

**DENUNCIA**

Il seguente ricovero

causa:  malattia  infortunio  altro (specificare) \_\_\_\_\_  
 dal giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

come da documentazione allegata:

1. documento in originale rilasciato dall'istituto di cura riportante data di entrata ed uscita e causa della malattia/infortunio che ha causato il ricovero;
2. in caso di infortunio, verbale di infortunio in originale rilasciato su richiesta dall'istituto di cura.

**CHIEDE** il risarcimento ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi a mezzo bonifico:

**COD. IBAN**

I	T																				
Paese		Cin IBAN	Cin	ABI				CAB				N.ro Conto									

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 alla Mutua)

Socio dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ha versato la quota di rinnovo per l'anno \_\_\_\_\_  SI  NO

Assenso alla liquidazione della somma di € \_\_\_\_\_ per gg. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Firme: \_\_\_\_\_ (per l'ufficio della Mutua)

\_\_\_\_\_ (per il Consiglio della Mutua)