

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
 - Oculistica
- Tipologia di prestazione:
 - visita specialistica
 - esame diagnostico

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)