

Affinché A.I.R.A. ODV possa trattare i Suoi/Vostri dati è necessario sottoscrivere il modulo di consenso al trattamento dei dati personali riportato di seguito.

**Consenso al trattamento dei dati personali e particolari per finalità assicurative e liquidative.  
(Regolamento UE 2016/679, art. 9. -trattamento di categorie particolari di dati personali)**

Sulla base dell'Informativa allegata al presente modello, Lei/Voi può/potete esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi/Vostri dati personali, eventualmente anche particolari (ex sensibili) apponendo la Sua firma e facendo apporre quella dei Suoi familiari regolarmente associati. Ricordiamo che in mancanza di questo consenso A.I.R.A. ODV non darà esecuzione al rimborso e/o si vedrà impossibilitata a trattare i dati particolari (ex sensibili) per la liquidazione degli eventuali rimborsi

Nome e cognome \_\_\_\_\_ Luogo e data \_\_\_\_\_ Tessera n° \_\_\_\_\_  
del titolare IN STAMPATELLO

firma dell'interessato \_\_\_\_\_  
Si prega i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti

Avendo preso visione e lettura dell'informativa fornita dall'Associazione A.I.R.A. ODV come previsto dall'art. 13 e 14 G.D.P.R.: 679/16 UE, sul trattamento e dalla normativa Privacy, sul trattamento e sulla comunicazione dei dati personali anche sensibili da questa effettuati con la finalità di provvedere al perseguimento dello scopo associativo e connessi adempimenti di legge e statutori (in relazione a quanto espresso nell'informativa medesima e preso atto dei propri diritti riconosciuti, acconsente al trattamento, ivi compresa la comunicazione dei propri dati personali anche particolari, per le finalità e nei limiti indicati nella menzionata informativa.

Nome e cognome \_\_\_\_\_ Luogo e data \_\_\_\_\_ Tessera n° \_\_\_\_\_  
del titolare IN STAMPATELLO

firma dell'interessato \_\_\_\_\_  
Si prega i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti

- 1) Allegata informativa relativa al regolamento inerente al Progetto Reum Amico
- 2) Allegata informativa trattamento dati personali ex art. 13-14 GDPR 679/2016 UE Reg.

**SOCIO/A** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**PERSONA PER CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO:** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Residente in via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Cod.Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Telefono \_\_\_\_\_ Telefono cellulare \_\_\_\_\_ Indirizzo E-Mail \_\_\_\_\_

Il/La socio/a sopraindicato/a richiede il rimborso delle spese sostenute per:

50% DI COPERTURA RELATIVO ALL'ACQUISTO DELL'AUSILIO ORTOPEDICO FATTURATO E CON UN MARGINE NON SUPERIORE A € 300,00
70% DI COPERTURA PER SPESE DI VIAGGIO DA CASA AD OSPEDALE IN CASO DI RICOVERO IN REPARTO DI REUMATOLOGIA E/O DI UN INTERVENTO CHIRURGICO E/O DI TERAPIE IN CONGEDO PER CURE DELL'ART. 7 D.Lgs. 119/2011 E/O IL PERNOTTAMENTO IN UNA STRUTTURA ALBERGHIERA CON UN MARGINE NON SUPERIORE A € 400,00
50% DI COPERTURA PER SPESE LEGATE ALLA FISIOTERAPIA E IDROCHINESITERAPIA RIABILITATIVA E CON UN MARGINE NON SUPERIORE A € 250,00
70% DI COPERTURA PER SPESE LEGATE ALL'ESECUZIONE DI UNA TAC o RMN o ECOGRAFIA CON UN MARGINE NON SUPERIORE A € 250,00
50% DI COPERTURA PER SPESE LEGATE ALL'ESECUZIONE DI UNA VISITA SPECIALISTICA IN OCULISTICA CON UN MARGINE NON SUPERIORE A € 250,00
50% DI COPERTURA PER SPESE LEGATE ALL'ESECUZIONE DELLA TERAPIA DEL DOLORE CON UN MARGINE NON SUPERIORE A € 250,00
70% DI COPERTURA PER SPESE LEGATE ALL'ESECUZIONE DEL QUANTIFERON TEST E PER LA RICERCA DEGLI ANTICORPI

Si allega copia delle seguenti fatture:

NUMERO	DATA	IMPORTO

NUMERO	DATA	IMPORTO

e si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, A.I.R.A. ODV avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

**Ai fini del rimborso diretto, notifico le coordinate bancarie:**

c/c intestato a: \_\_\_\_\_ Banca/Posta \_\_\_\_\_

 **CODICE IBAN**

Il Codice IBAN è composto obbligatoriamente da 27 caratteri alfanumerici e si trova in alto nel documento dell'estratto conto bancario.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

Approvato

Non approvato

TIMBRO E FIRMA RESP. A.I.R.A.ODV