MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

Inviare il presente modulo con la documentazione necessaria per il rimborso a:
Cassa Adar – Via Clerici, 12/14 – 20121 Milano

Associato/Iscritto/Avente diritto:
Cognome_____ Nome_____
Cod. Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| data di nascita ____/____/_____

Azienda di Appartenenza _____

Matricola aziendale: |__|__|__|__|__|__|__|__| Qualifica_____

- ☐ **In quiescenza**
- ☐ **In esodo**

Coordinate Bancarie dell'Associato Aderente/Iscritto/Avente diritto per liquidazione dei rimborsi: codice IBAN

(27 caratteri - rilevabili dall'estratto di conto corrente) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CHIEDE

Il rimborso delle prestazioni relative alle spese sostenute, come da allegata documentazione che si produce esclusivamente in **COPIA**, come previsto dal vigente Statuto e Regolamento, per le persone di seguito elencate:

Cognome e Nome	Grado di parentela	n. Fattura	Data	Importo

Confermo che tutti i soggetti sopra elencati hanno diritto, in quanto Associati, Iscritti e Aventi diritto alle prestazioni della Cassa, come previsto dal vigente Statuto e Regolamento.
Nel confermare di essere stato opportunamente informato dalla Cassa, ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 e di aver fornito allo stesso il consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili (dati sanitari come lo stato di salute, nonché le opinioni politiche, sindacali e religiose), nonché quello dei miei Aventi diritto per l'adempimento degli obblighi normativi e statutari, autorizzo altresì, come pure autorizzano gli Aventi diritto che sotto firmano per accettazione, la Cassa ad effettuare i controlli che venissero ritenuti opportuni presso le strutture che hanno emesso il documento di spesa presentato o richiedere la copia originale degli stessi. Dichiaro inoltre che i documenti sopra decritti sono conformi all'originale.
Sono consapevole che in caso di richiesta di rimborso di fatture/ricevute false o contraffatte, la Cassa applicherà l'Articolo statutario per l'Esclusione e potrà dare immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

Firma Associato, Iscritto _____ Firma dell'Avente diritto_____

luogo data _____, _____/_____/_____

Il presente modulo, ad esclusione dei figli minori, deve essere sottoscritto da tutti i richiedenti le prestazioni.