



Spett.

CCR Insieme ETS
Via Verdi, 19
20038 – BUSTO GAROLFO (Mi)

RICHIESTA RIMBORSI SUSSIDI SOCI UNDER 30

da inviare a rimborsi@ccrinsiemeets.it - per informazioni 331 751 1341
regolamento consultabile su www.ccrinsiemeets.it

Il sottoscritto/a

residente a prov. (.....) indirizzo

C.F.:

TESSERA MUTUASALUS N°

CHIEDE

☐ (A) Sussidio VISITA MEDICA SPORTIVA € 40,00=

☐ (B) Sussidio MOBILITA' SCOLASTICA € 100,00=

☐ (C) Sussidio CONSEGUIMENTO PATENTE € 100,00=

Che Vorrete accreditarmi, a mezzo bonifico, sul conto corrente dichiarato sul SEPA allegato alla Domanda di Ammissione o aggiornato successivamente.

Allo scopo allega la seguente documentazione:

A1 Fattura visita medica n. del _ / _ / _ emessa da

B1 Iscrizione Istituto Scolastico o Universitario

B2 Documento/i attestante/i l'abbonamento al trasporto pubblico per almeno 3 mesi

C1 Fattura Scuola Guida

C2 Copia Patente conseguita o documento sostitutivo

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 a CCR Insieme ETS)

Socio n° Ha versato la quota di rinnovo per l'anno ? ☐ SI ☐ NO

☐ Assenso alla liquidazione della somma di € in data / /

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

Firme:
(per l'ufficio di CCR Insieme ETS)

.....
(per il Consiglio di CCR Insieme ETS)