



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

- | | |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> (A) Sussidio VISITA MEDICA SPORTIVA | € 40,00= |
| <input type="checkbox"/> (B) Sussidio MOBILITA' SCOLASTICA | € 100,00= |
| <input type="checkbox"/> (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)