RICHIESTA RIMBORSI SUSSIDI ALLA FAMIGLIA

Spett.le
MarcheVita - *Cassa Mutua del Banco Marchigiano*
Via Vittorio Emanuele, 1 – San Michele al Fiume
61040 Mondavio (PU)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov._____ il ____/_____/_____ e residente a

_____prov._____ indirizzo _____

_____codice fiscale _____

CHIEDE

ai sensi del REGOLAMENTO SUSSIDI ALLA FAMIGLIA l'erogazione del sussidio familiare per:

☐ **Sussidio per i nuovi nati destinato all'acquisto di materiali e beni per il neonato**

☐ **Sussidio iscrizione del proprio figlio/a al primo anno dell'Asilo Nido**

☐ **Sussidio iscrizione del proprio figlio/a al primo anno della Scuola dell'Infanzia**

☐ **Sussidio per acquisto cartella/zaino al figlio iscritto alla classe prima della Scuola Elementare**

☐ **Sussidio per acquisto libri di testo al figlio iscritto alla classe prima della Scuola Media Inferiore**

☐ **Sussidio per acquisto di borsa di ginnastica, tuta o altri indumenti sportivi per l'iscrizione a centri, società o associazioni sportive per i figli iscritti ai primi tre anni della Scuola Media Superiore**

Che Vorrete accreditarmi, a mezzo bonifico, sul mio conto corrente

COD. IBAN

I	T																										
Paese		Cin Iban		Cin	ABI					CAB					N.ro Conto												

Allo scopo allega le seguente documentazione:

1. Ricevuta/Fattura n. _____ del __/__/___ emessa da _____
2. Autocertificazione (solo per nascita di un figlio)

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 consultare il sito internet della Mutua www.marche-vita.it alla sezione Privacy Policy.

_____ _____
(data) (firma)

==========

(parte riservata alla Cassa Mutua*)*

Socio dal___/__/_____ Ha versato la quota di rinnovo per l'anno_____? ☐ SI ☐ NO

☐ Assenso alla liquidazione della somma di € _____ per gg. ____ in data ___/___/_____

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

Data_____ _____ _____
(per l'ufficio della Cassa Mutua) (per il Consiglio della Cassa Mutua)