

# CASSA MALATTIA INFORTUNI TRE VALLI

Via Dell'Innovazione Digitale nr.8 – 26100 Cremona

Tel.: 0372/22638-25815 – fax: 0372/35908

[a.beduschi@capacimi.it](mailto:a.beduschi@capacimi.it) – [s.gandolfi@capacimi.it](mailto:s.gandolfi@capacimi.it)

## RICHIESTA DI INTEGRAZIONE SPESE 2024

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
(si prega indicare sempre un recapito telefonico ed eventuale e-mail)

Stato civile \_\_\_\_\_ codice fiscale coniuge \_\_\_\_\_  
(obbligatorio se coniugato o separato)

Dipendente AGRICOLA TRE VALLI con sede nel comune di CREMONA

### Presento la seguente richiesta di integrazione spese per l'anno 2024

- TICKET SU SPESE MEDICHE SPECIALISTICHE
- SPESE PER PROTESI OCULISTICHE
- SPESE PER PROTESI ORTOPEDICHE E CURE FISIOTERAPICHE
- SPESE PER PROTESI ACUSTICHE
- SPESE PER HANDICAP DEBILITANTI

Allego i seguenti documenti:

- COPIA DELLE RICEVUTE DEI TICKET PAGATI
- COPIA DELLE PRESCRIZIONI MEDICHE E DELLE FATTURE
- COPIA BUSTA PAGA DEL RICHIEDENTE

Banca/Posta \_\_\_\_\_ Filiale di \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Si ricorda che l'importo delle spese mediche rimborsate dalla Cassa, non può essere inserito nella dichiarazione dei redditi.

Io sottoscritto consapevole delle conseguenze che possono derivare da un comportamento non corretto si assume integralmente le proprie responsabilità.

“Il sottoscritto, ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento secondo le finalità riportate e preso atto che il trattamento è necessario all'esecuzione del contratto di cui sono parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su mia richiesta e preso atto che in qualsiasi momento potrò esercitare i diritti riportati negli artt. da 15 a 22 del GDPR 2016/679”.

**Esprime il consenso al trattamento.** L'informativa completa si trova : <https://www.capacimicr.it/privacy-e-cookie/>

Cremona, \_\_\_\_\_

Il richiedente

FIRMA \_\_\_\_\_