

Modello ACRA – SANITA'

Cognome/Nome Socio _____ Matricola _____

In servizio Ufficio/Filiale _____ Telefono _____

In pensione Telefono abitazione e/o cellulare _____

IBAN: IT 06055 00000000

Il rimborso verrà accreditato sul conto corrente sopra indicato.

Ogni variazione dovrà essere portata a conoscenza dell'Associazione.

Richiesta contributo per:		SOCIO		FAMILIARE
Cure dentarie	€		€	
Cure ortodontiche	€		€	
Occhiali da vista - lenti	€		€	
Lenti a contatto	€		€	
Occhiali da vista - montatura	€		€	
Visite specialistiche	€		€	
Interventi specialistici	€		€	
Protesi ortopediche ed acustiche	€		€	
Prestazioni diagnostiche	€		€	
Ricovero ospedaliero entro Regione	€		€	
Ricovero ospedaliero fuori Regione	€		€	
Prestazioni lettera "H" manuale d'uso	€		€	
Totale	€		€	

AUTOCERTIFICAZIONE

Il socio, sotto la propria responsabilità, DICHIARA che i familiari sotto elencati sono conviventi e fiscalmente a carico secondo quanto previsto dall'art.2 del Regolamento Attività Assistenziale

<u>Cognome</u>	<u>Nome</u>	<u>Grado di parentela</u>

Allegare sempre originale e fotocopia della documentazione che si inoltra e, per il solo personale in servizio, busta pre-indirizzata per la restituzione dei documenti originali.

Data _____ FIRMA _____

(per richiesta contributo ed autocertificazione)



Modello ACRA – CURE DENTARIE
(da allegare al modello ACRA-SANITA')

In riferimento alla ricevuta n. _____ del _____ si attesta che al

Sig. _____ sono state eseguite le seguenti prestazioni

odontostomatologiche:

- N. _____ visita specialistica;
- N. _____ radiografie indorali
- N. _____ radiografia completa alle arcate dentali
- N. _____ seduta ablazione tartaro
- N. _____ seduta di scaling
- N. _____ seduta di legatura interdentale con fili di metallo mobile
elementi _____
- N. _____ seduta di molaggio selettivo
- N. _____ seduta di cerretane eseguita in anestesia e con punti di sutura
- N. _____ intervento per incisione di accesso eseguito in anestesia e con punti di sutura
- N. _____ estrazione chirurgica di radice con inclusione ossea totale, anestesia e sutura
- N. _____ estrazione chirurgica eseguita in anestesia e con punti di sutura
elementi _____
- N. _____ otturazione in amalgama/resina eseguita in anestesia
elementi _____
- N. _____ trattamento endontico eseguito in anestesia
elementi _____
- N. _____ intervento di piccola chirurgia orale
- N. _____ intervento chirurgico preprotetico all'arcata in anestesia e con punti di sutura
- N. _____ intervento di chirurgia ossea per posizionamento n. _____ fixture in titanio
all'arcata
- N. _____ seduta di bilanciamento occlusale
- N. _____ elementi _____ di protesi provvisorie
- N. _____ seduta di rilassamento protesi
- N. _____ corona in porcellana/resina e metallo prezioso elementi _____
- N. _____ scheletrato
- N. _____ protesi mobile totale
- N. _____ byte-plane
- N. _____ ortodontia fissa dispositivo _____
- N. _____ ortodontia mobile dispositivo _____
- N. _____ controllo dispositivi ortodontici _____
- N. _____ (altro) _____

_____ li, _____

Timbro e firma
Studio Dentistico



Modello ACRA – ASSISTENZA

Cognome/Nome Socio _____ Matricola _____

In servizio Ufficio/Filiale _____ Telefono _____

In pensione Telefono abitazione e/o cellulare _____

IBAN: IT 06055 00000000

Il rimborso verrà accreditato sul conto corrente sopra indicato.

Ogni variazione dovrà essere portata a conoscenza dell'Associazione.

Si richiede il contributo previsto per:

Matrimonio

Nascita figlio

Cessazione dal servizio

Morte di familiare a carico

Morte del socio (la richiesta sottoscritta da uno degli eredi dovrà indicare le modalità per l'erogazione del contributo).

Si allega la relativa documentazione.

Data _____

FIRMA



Modello ACRA – RICREAZIONE

Cognome/Nome Socio _____ Matricola _____

In servizio Ufficio/Filiale _____ Telefono _____

In pensione Telefono abitazione e/o cellulare _____

IBAN: IT 06055 00000000

Il rimborso verrà accreditato sul conto corrente sopra indicato.

Ogni variazione dovrà essere portata a conoscenza dell'Associazione.

Si richiede il contributo previsto per:

palestre

piscine

altro: _____

Documentazione allegata:

1. per la frequenza a corsi che prevedono attività fisica , quando richiesto, copia certificato medico di sana e robusta costituzione;
2. attestato di frequenza (modello ACRA-Corsi);
3. copia ricevute fiscali di pagamento;
4. copia ricevuta iscrizione se prevista.

Data _____

FIRMA

NB: l'assenza di uno dei documenti di cui ai punti 1- 2 – 3 comporta la decadenza del diritto al contributo.



MODELLO ACRA CORSI

ATTESTATO DI ISCRIZIONE E FREQUENZA

(da allegare al modello ACRA RICREAZIONE)

A richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge,

Si dichiara che

Il Signor/Signora _____ risulta:

❖ Iscritta al corso di: _____

tenuto dalla _____

(indicare denominazione sociale o nome palestra)

iniziato in data _____ e con una durata complessiva di mesi _____;

❖ Aver frequentato il corso come di seguito indicato:

Anno	Mese	Barrare le caselle interessate
	Gennaio	
	Febbraio	
	Marzo	
	Aprile	
	Maggio	
	Giugno	
	Luglio	
	Agosto	
	Settembre	
	Ottobre	
	Novembre	
	Dicembre	

Per la frequenza al predetto corso è necessario il certificato di sana e robusta costituzione:

SI

NO

_____ li, _____

Timbro e firma
