



### Modello ACRA – SANITA’

Cognome/Nome Socio

Matricola

In servizio

Ufficio/Filiale

Telefono

In pensione

Telefono abitazione e/o cellulare

IBAN:

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 “I” 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

COGNOME	NOME	GRADO PARENTELA

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 – ASSISTENZA**

Cognome/Nome Socio

Matricola

In servizio      Ufficio/Filiale      Telefono

In pensione      Telefono abitazione e/o cellulare

IBAN:

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:

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.**