

## Ricorso al Fondo di Solidarietà

Mod. A

NB: E' NECESSARIO COMPILARE TUTTI I CAMPI

<b>Richiedente</b>	<b>Residenza/sede lavorativa</b>
<b>N. tessera associativa</b>	<b>Data compilazione</b>
<input type="checkbox"/> DECESSO DEL SOCIO;  <input type="checkbox"/> GRAVI PATOLOGIE/NECESSITA';	
<b>DECESSO DEL SOCIO</b>	
<hr/> <hr/> <hr/>	
<b>GRAVI PATOLOGIE/NECESSITA'</b>	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>DOCUMENTAZIONE</b>	
<input type="checkbox"/> SANITARIA:	(allegare certificati medici attestanti la diagnosi e la eventuale prescrizione medica e/o cartelle cliniche e fatture e/o ricevute comprovanti le spese sostenute)
<hr/> <hr/>	
<input type="checkbox"/> SPESE:	
<hr/> <hr/>	
<input type="checkbox"/> ALTRO:	
<hr/> <hr/>	
<i>Allegati n.</i>	<i>Firma Compilante</i>
<i>ACCETTAZIONE DELL'ASSOCIAZIONE (timbro e firma)</i>	<i>Per ricevuta</i>

**Si autorizza l'ALAV al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi e per gli effetti del Gdpr 2016/679 e s.m.i., dichiarando, altresì, di aver preso visione dell'informativa resa all'interessato ai sensi dell'art. 13 del regolamento medesimo.**

**Data, .....**

**Firma**

.....