

SOSTEGNO REUM AMICO

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO 2026

DA COMPILARE E INVIARE IN BUSTA CHIUSA A: A.I.R.A. ODV – VIALE PAVIA 26, 26900 LODI (LO) o
tramite mail all'indirizzo: aira@reumatoide.it

Affinché A.I.R.A. ODV possa trattare i Suoi/Vostri dati è necessario sottoscrivere il modulo di consenso al trattamento dei dati personali riportato di seguito.

**Consenso al trattamento dei dati personali e particolari per finalità assicurative e liquidative.
(Regolamento UE 2016/679, art. 9, - trattamento di categorie particolari di dati personali)**

Sulla base dell'informativa allegata al presente modulo, Lei/Voi può/potete esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi/Vostri dati personali, eventualmente anche particolari (ex sensibili) apponendo la Sua firma e facendo apporre quella dei Suoi familiari regolarmente associati. Ricordiamo che in mancanza di questo consenso A.I.R.A. ODV non darà esecuzione al rimborso e/o si vedrà impossibilitata a trattare i dati particolari (ex sensibili) per la liquidazione degli eventuali rimborsi.

Nome e Cognome _____ Luogo e data _____ Tessera n° _____
del titolare IN STAMPATELLO

Firma dell'interessato _____
Si prega i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti

Avendo preso visione e lettura dell'informativa fornita dall'Associazione A.I.R.A. ODV come previsto dall'art. 13 e 14 G.D.P.R. 679/2016 UE, sul trattamento e dalla normativa Privacy, sul trattamento e sulla comunicazione dei dati personali anche sensibili da questa effettuati, con la finalità di provvedere al perseguimento dello scopo associativo e connessi adempimenti di legge statutori (in relazione a quanto espresso nell'informativa medesima) e preso atto dei propri diritti riconosciuti, acconsente al trattamento, ivi compresa la comunicazione dei propri dati personali anche particolari, per le finalità e nei limiti indicati nella menzionata informativa.

Nome e Cognome _____ Luogo e data _____ Tessera n° _____
del titolare IN STAMPATELLO

Firma dell'interessato _____
Si prega i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti

SOCIO/A Cognome _____ Nome _____

PERSONA PER CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO: Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ **a** _____ **Prov.** _____ **Residente in via** _____

CAP _____ **Città** _____ **Prov.** _____ **Cod. Fiscale** |

Telefono _____ **Cellulare** _____ **E-mail** _____

II/La socio/a sopraindicato richiede il rimborso delle spese sostenute per:

50% COPERTURA SPESE PER L'ACQUISTO DELL'AUSILIO ORTOPEDICO FATTURATO, CON UN MARGINE NON SUPERIORE A € 250,00
50% COPERTURA SPESE PER FISIOTERAPIA E IDROCHINESITERAPIA RIABILITATIVA, CON UN MARGINE NON SUPERIORE A € 250,00
50% COPERTURA SPESE PER TAC O RMN O ECOGRAFIA CON UN MARGINE NON SUPERIORE A € 250,00
50% COPERTURA SPESE PER VISITA SPECIALISTICA CON MALATTIA REUMATOLOGICA DIAGNOSTICATA IN: OCULISTICA, CARDIOLOGIA, FISIATRIA, ORTOPEDIA, REUMATOLOGIA, PNEUMOLOGIA, DERMATOLOGIA, OTORINOLARINGOIATRIA, TERAPIA DEL DOLORE, NEUROLOGIA PER MALATTIE MUSCOLARI, CON UN MARGINE NON SUPERIORE A € 250,00
50% COPERTURA SPESE PER TERAPIA DEL DOLORE: AGOPUNTURA, TECARTERAPIA, TERAPIA INFILTRATIVA, MAGNETOTERAPIA, ETC. CON UN MARGINE NON SUPERIORE A € 250,00
50% COPERTURA ACQUISTOPRODOTTI FARMACEUTICI PER LA SINDROME DI SJOGREN. CON UN MARGINE SECONDO NORMATIVA REGIONALE E NON SUPERIORE A € 50,00

Si allega copia delle seguenti fatture:

NUMERO	DATA	IMPORTO

NUMERO	DATA	IMPORTO

e si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, A.I.R.A. ODV avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Ai fini del rimborso diretto, notifico le coordinate bancarie/postali:

c/c intestato a: _____ Banca/Posta _____

CODICE IBAN |

Il codice IBAN è composto da 27 caratteri alfanumerici e si trova in alto nel documento dell'estratto conto bancario/postale.

Data _____ Firma del Richiedente _____

Spazio riservato alla segreteria A.I.R.A. ODV

DATA _____

Approvato ☐

Non approvato ☐

TIMBRO E FIRMA RESP. A.I.R.A. ODV