



Da allegare alle istanze di sussidio di cui ai punti 1.d), 2.a) e 2.b) della circolare dei sussidi

Dati anagrafici del dipendente o del familiare beneficiario del sussidio/contributo:

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIPENDENTE

CONIUGE A CARICO

FIGLIO A CARICO

1. Spesa sostenuta per:

Ricovero/intervento chirurgico/terapie

Riabilitazione protesica

Descrizione sintetica a **giustificazione** delle spese sostenute  
(evento, luogo, periodo del ricovero, ecc)


2. elenco delle spese sostenute

Euro

- |           |       |
|-----------|-------|
| 1) _____  | _____ |
| 2) _____  | _____ |
| 3) _____  | _____ |
| 4) _____  | _____ |
| 5) _____  | _____ |
| 6) _____  | _____ |
| 7) _____  | _____ |
| 8) _____  | _____ |
| 9) _____  | _____ |
| 10) _____ | _____ |

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ firma del dipendente

Ai fini dell'erogazione del sussidio, il sottoscritto acconsente al trattamento dei propri dati personali sensibili ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché alla memorizzazione degli stessi nel database dell'Ente.

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ firma del dipendente

*Il mancato consenso al trattamento dei dati non permette l'esame della richiesta e pertanto l'erogazione del sussidio.*