CONTRIBUTO PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE

		(nome)
Azienda	Stab	N.ro Tess.
non superiore a 150,00 €.]	ni familiari conviventi 26 anni compiuti: enuta fino al valore m di importo superiore,	assimo del ticket SSN pari a 36,00 € con contributo non inferiore a 36,00 € e
□ 1- BIOPSIA□ 2- DENTISTA (superiore a 500€-		OPANTOMOGRAFIA (completa) A. (Antigene Prostatico Specifico)
e solo ai Soci)	□ 14- PAP	
□ 3- ECOCOLORDOPPLER		ISONNOGRAFIA
□ 4- ECG (elettrocardiogramma)		IOGRAFIA
□ 5- ECOGRAFIA		C./M.O.C./Scintigrafia,Urografia, ecc)
□ 6- ELETTROENCEFALOGRAMMA		DIDE/ TSH- T3- T4 (esami del sangue)
□ 7- ELETTROMIOGRAFIA		OGRAFIA CORNEALE
□ 8- ENDOSCOPIA	□ 20- VISI	TA CARDIOLOGICA
□ 9- MAMMOGRAFIA	□ 21- VISI	TA GINECOLOGICA
□ 10- MARCATORI TUMORALI (esami sang	gue) 🛮 22- VISI	TA OCULISTICA
□ 11- R.N.M. (risonanza magnetica nucleare) 😐 23- VISI	TA ORTOPEDICA
SPESA SOSTENUTA € IBAN (Solo se NUOVO) <u>IT</u> ALLEGO I SEGUENTI DOCUMENTI:		
□ Copia Fattura e/o Ricevuta Fisca □ Dichiarazione sostitutiva di Stat □ Ultima Busta Paga		
1: : 17:	Città:	CAP:
ndirizzo: Via n°		
ndirizzo: Via n° elefono:	mail:	@
		(firma)
elefono:		(firma) idicità della dichiarazione presentata.

(agg. Il 24/5/2022)



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA CERTIFICAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA

(Art. 46, d.p.r. 445 del 28 dicembre 2000- Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 2001)

nato/a		il/,
e residente a		, Prov. (), CAP
in Via	N° ,	, a conoscenza delle sanzioni previste
dall'art. 76 del d.p.r. 445 di atti falsi, (1)	del 28 dicembre 2000 nel caso di c	- dichiarazioni mendaci e di formazione o u
DICHIARA		
che la famiglia conviv	ente è così composta:	
Il dichiarante;		
	nato/a	il/(Coniug
	nato/a	il/(Figlio
	nato/a	il/(Figlio
	_nato/a	il/(Figlio
	nato/a	il/(Figlio
	nato/a	il/(Figlio
Il/La sottoscritto/a a		ati personali limitatamente a quanto previs ase al quale i dati personali raccolti sarann