Kinderherz. Verein für herzkranke Kinder - Südtirol Onlus, Perathonerstraße 35, 39100 Bozen
T +39 366 36 36 030 · info@kinderherz.it · www.kinderherz.it
Cuore di bimbo. Associazione per i bambini con malattie cardiache - Alto Adige Onlus, Via Perathoner 35, 39100 Bolzano
T +39 366 36 36 030 · info@kinderherz.it · www.kinderherz.it

Domanda di rimborso per spese di soggiorno presso centri specializzati
Quota giornaliera pre- e/o post-parto

La/il richiedente_____ nata/o il _____

residente a _____CAP _____

presenta domanda per la concessione e liquidazione dei costi in occasione del soggiorno prima del parto:

Per: la mamma _____

luogo e data nascita_____

Periodo dal ……al……..a ……

Presenta domanda per la concessione e liquidazione dei costi in occasione del soggiorno:

Per: familiari _____
(nome – cognome)

_____
(data di nascita e grado di parentela)

Periodo dal _____ al _____ a _____

Coordinate bancarie :

Conto intestato a :_____

IBAN :

Nel rispetto del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali (GDPR – UE 2016/679), in vigore dal 25 maggio 2018, anche le associazioni del Terzo Settore come la nostra, sono obbligate a chiedere agli iscritti il consenso al trattamento dei dati personali, per non incorrere nelle sanzioni piuttosto severe previste dalla normativa. I Vostri dati personali continueranno ad essere utilizzati esclusivamente per tenerVi informati sulle attività di Cuore di bimbo e non verranno condivisi con terze parti. Se desiderate continuare a ricevere le nostre informazioni, non dovete fare nulla. In tal caso supponiamo che Voi siate d'accordo.

Letto e compreso:

La / il richiedente: Data:

_____ _____

Il direttivo dell'Associazione decide in merito alla concessione di un contributo e/o rimborso. Il direttivo è autorizzato a chiedere eventualmente delucidazioni ed ulteriori informazioni ai richiedenti. Il contributo non può essere concesso con valore retroattivo. Il regolamento è in vigore dal 01.10.2020 Per la concessione del contributo, all'Associazione Cuore di bimbo dovrà essere trasmessa una copia del certificato di dimissione e/o altra relazione clinica rilasciata dalla clinica dopo la dimissione.

approvata nella seduta del _____

5‰ 94094820217