IPA
Istituto di Previdenza e Assistenza per i dipendenti di Roma Capitale

RICHIESTA PRESTAZIONI ASSISTENZIALI

☐ Iscritto in servizio ☐ Pensionato

Cognome.....Nome .....

Luogo e Data di nascita .....

Dipendente di ..... N.Indiv. / Matricola.....

Tel /cell. ..... E-mail.....

Iscritto/a all'Istituto, a norma del vigente Regolamento per l'assistenza agli iscritti, chiede le seguenti prestazioni:

☐ Esenzione Ticket Sanitario ASL ☐ Interventi chirurgici, parto e agalattia

☐ Rimborso spese per vaccini allergici ☐ Esami Strumentali

☐ Occhiali e Apparecchi Acustici ☐ sussidio lutto per familiare a carico

☐ Integrazione Stipendio ☐ Spese Dentarie ☐ Altro

☐ Per sé ☐ Per familiare fiscalmente a carico*

Cognome.....Nome.....Nato/a il ...../...../.....

Cognome.....Nome.....Nato/a il ...../...../.....

Cognome.....Nome.....Nato/a il ...../...../.....

*** E' necessario allegare documentazione attestante le detrazioni fiscali (730 / Cud)**

E' possibile inserire i dati personali di familiari che abbiano dato a IPA il consenso all'utilizzo dei loro dati personali per finalità istituzionali del richiedente

Solo per i pensionati e per gli assegni temporanei mensili inserire IBAN

I T		COD.		CIN	ABI					CAB					NUMERO C/C											
I	T																									

Roma, li_____ Firma _____

Il conferimento di tutti i dati personali presenti in questo modulo sono obbligatori ai fini della specifica finalità richiesta

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto l'informativa inerente il trattamento dei propri dati personali e di averla già sottoscritta in conformità a quanto stabilito dal Regolamento Europeo 2016/679; dichiara, altresì, di averne compreso il contenuto e di essere pertanto a conoscenza che i propri dati saranno trattati con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa in aderenza alle disposizioni del citato Regolamento.

Firma _____

CONSEGNARE A : URP – VIA F. NEGRI,11

INVIARE VIA MAIL A: IPA.SPORTELLO@COMUNE.ROMA.IT