



MODELLO-RIEPILOGO SPESE SOSTENUTE ANNO 2024

Da allegare alle istanze di sussidio di cui ai punti b.1), b.2), b.3), b.4), c.1) 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)

Empty table for justification of expenses.

2. Elenco delle spese sostenute

Euro

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

Luogo e data

firma del richiedente

Ai fini dell'erogazione del sussidio, il sottoscritto acconsente al trattamento dei propri dati personali sensibili ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e dell'art.13 GDPR "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché alla memorizzazione degli stessi nel database dell'Ente

Luogo e data

firma del richiedente

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