**MUTUA LIGURE**
**Società di Mutuo Soccorso**

# MODULO DI RICHIESTA SUSSIDI

# EMERGENZA COVID-19

Il/La sottoscritto/a _____nato/a il _____

a_____(Prov. ____) residente in _____n _____

Cap _____Comune _____ Provincia_____ iscritto dal _____

Tel._____Cell._____E-mail _____

lavoratore della Cooperativa (denominazione) _____

con piano sanitario _____

chiede che gli venga corrisposto il sussidio per:

□ Ricovero ospedaliero

□ Isolamento domiciliare

**Chiede che il pagamento avvenga tramite**

☐ **bonifico domiciliato postale** ☐ **accredito sul proprio c/c bancario/postale di seguito indicato**

**Banca** _____ **Indirizzo** _____

**Nominativi degli intestatari del *c/c*** _____

**Codice IBAN**

| | | **A.B.I.** | **C.A.B.** | **CONTO** |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Tutti i sussidi vengono erogati esclusivamente dietro presentazione della richiesta del Socio di Mutua Ligure.

Detta richiesta deve pervenire a Mutua Ligure nel termine di 365 giorni dalla data dell'evento che dà diritto alla richiesta del sussidio.

Si dichiara che i documenti allegati sono conformi all'originale.

**Firma del richiedente** _____ **Luogo e data** _____