

Richiesta di contributo

Io sottoscritto/a , Socio/a FLOG(1)
Chiedo la concessione del contributo per me stesso/a e/o i familiari a carico sottoelencati,
come previsto dal Regolamento Gestione Mutualità.

Nome / Cognome	Grado di parentela	Data di nascita
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Importi anno

- MEDICINALI €.....
- LATTE ARTIFICIALE €.....
- CONDIZIONI PART. MALATTIA €.....

Importo totale per il quale si chiede il contributo: €.....
--

*Dichiaro sotto la mia responsabilità che i familiari per i quali richiedo il contributo sono a mio carico;
Autorizzo FLOG ad effettuare i controlli necessari per verificare la veridicità di quanto da me
dichiarato.*

Data

Firma

.....

.....

(1) Specificare se dipendente Galileo Avionica, Vacuum System, ESAOTE, OTE, Pensionato