

Spett.le  
IN PIÙ, FONDO DI ASSISTENZA -  
FONDO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO  
SANITARIO NAZIONALE  
VIA PIERO LUCCA, 18  
13100 VERCELLI VC

CODICE SOCIO N. \_\_\_\_\_ PIANO SANITARIO: \_\_\_\_\_  
NOME E COGNOME DELL'ASSOCIATO: \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_

Intestato a: \_\_\_\_\_

MEDICO CURANTE (nome, cognome, indirizzo)  
\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

In conformità a quanto previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR"), Vi informiamo che i dati personali/sensibili da Voi forniti ad **IN PIÙ, FONDO DI ASSISTENZA – FONDO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE** verranno trattati con la massima attenzione per quanto concerne gli aspetti di riservatezza e sicurezza.

#### RAPPORTO DEL MEDICO

Diagnosi \_\_\_\_\_

Prognosi \_\_\_\_\_

Accertamenti necessari \_\_\_\_\_

Ricovero \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Presso Istituto di Cura \_\_\_\_\_

Il Medico  
Timbro e Firma

Data \_\_\_\_\_