
Modulo autorizzazione al rimborso visite mediche associati PXE Italia ODV

Il/La sottoscritto/a nato/a il.....
a..... codice fiscale
residente a.....Via.....

CHIEDE

autorizzazione al rimborso delle spese previste

per:.....

presso.....

che si effettuerà in data

DICHIARA

- di essere in regola con il pagamento della quota associativa per l'anno corrente (*allegare copia del pagamento*)
- di avere una certificazione ISEE pari o inferiore a € 12500,00 (*allegare copia della certificazione*)

In fede

Data

Firma