



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT  
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

Dem Büro vorbehalten | Riservato all'ufficio

Datum   Data	Prot. N.



## Antrag auf Unterstützung – Richiesta Sussidi

(in Druckschrift ausfüllen – compilare in stampatello)

Der/die Unterfertigte

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

St.Nr. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

Name des Betriebes \_\_\_\_\_  
Nome dell'Azienda \_\_\_\_\_

Wohnsitz in \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_

Plz \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_

Gemeinde \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_

Mobiltel \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Bankkoordinaten  
Coordinate bancarie

	CIN	A.B.I.	C.A.B.	CONTO
I T				

**Ansuchen** um Unterstützung/Kostenrückerstattung für:

**Richiesta sussidio/rimborso per:**

das Mitglied selbst  
Il socio stesso

ein anspruchsberechtigtes Familienmitglied:  
Un avente diritto familiare:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname, Geburtsdatum  
Nome e Cognome, data nascita

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname, Geburtsdatum  
Nome e Cognome, data nascita

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname, Geburtsdatum  
Nome e Cognome, data nascita

**Selbsterklärung:** Der/die Unterfertigte erklärt hiermit ausdrücklich, dass das/die genannte/n Familienmitglied/er zu seinen Lasten lebt/leben und dies aus den Unterlagen beim Arbeitgeber jederzeit ersichtlich ist sowie in der jeweiligen Steuerperiode ein Gesamteinkommen einschließlich der abzugsfähigen Aufwendungen von nicht mehr als 2.840,51 € bezieht/beziehen (Art. 12 der V.P.R. Nr. 917/86)

**Autodichiarazione:** Il/la sottoscritto/a dichiara espressivamente che i sopra nominati familiari sono a suo carico e che tale dato emerge in ogni momento dalla documentazione del datore del lavoro e che nel periodo fiscale non abbia percepito un reddito superiore ai 2.840,51 € (art. 12 D.P.R. n. 917/86)

Zustimmung zur Bearbeitung Ihrer persönlichen sensiblen Daten laut Art. 23 und 26 des Legislativgesetzes Nr. 196/2013.  
Consenso dell'interessato al trattamento di propri dati personali sensibili ai sensi degli articoli 23 e 26 del Decreto Legislativo n. 196/2013.

Unterschrift des Mitglieds  
Firma del Socio

Datum  
Data

Anzahl Anlagen  
Numero Allegati

Nr. \_\_\_\_\_ Rechnungen  
n. \_\_\_\_\_ fatture

Nr. \_\_\_\_\_ Dokumente  
n. \_\_\_\_\_ documenti

In Zusammenarbeit mit  
In collaborazione con  
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO  
**CESAREPOZZO**  
servizi d'integrazione sanitaria