

Team Performance 2024
SUPPORTO BASE agli ATLETI
CONTRIBUTO per SPESE MEDICHE E FISIOTERAPICHE

Attenzione del SETTORE ASSOLUTO DI PREPARAZIONE OLIMPICA E ALTO LIVELLO (r.bodrato@federvela.it)

Il presente modulo dovrà pervenire in Federazione, unitamente alla documentazione giustificativa e al relativo quadro illustrativo di spesa, entro la fine del trimestre di riferimento

Atleta

C.F.

Residente in CAP Prov. Via

Tel. E-Mail.....

In qualità di appartenente alle Squadre Nazionali a Livello Performance ..., ai sensi di quanto previsto nelle Norme 2024 della Programmazione Tecnico-Sportiva chiede il rimborso delle spese mediche e fisioterapiche.

Si allega documentazione in originale e distinta dei giustificativi di spesa tenendo conto che il tetto di spesa annuale previsto si trova specificato nelle Norme PTS 2024 (cfr. 5.1, pag. 22, 23)

Totale generale documento €

In fede

Data:

Firma

Coordinate bancarie:

C/C Intestato a.....nato/a ila

Residente in: Cod.Fisc..... in qualità

di... Banca:

Codice IBAN (27 caratteri contenenti CIN ABI CAB e CC)

Grid of 27 empty boxes for IBAN code entry.

Documento esente da imposta di bollo ai sensi dell'art.27 Bis tab.allegato B DPR 26/10/1972 modificato dall'art.90 legge 27/12/2002, n°289

Autorizzazione al trattamento dati personali (Privacy)

La Federazione Italiana Vela, in qualità di titolare del trattamento, La informa che i dati raccolti attraverso la compilazione del modulo per la richiesta di rimborso spese sono richiesti per procedere al rimborso e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporterà l'impossibilità di erogarle i rimborsi stessi. I dati da Lei forniti verranno trattati secondo le modalità e per le finalità indicate ai paragrafi 2) e 3) dell'Informativa estesa di cui all'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 pubblicata nel sito Federale, il cui riassunto è allegato al presente modulo. Il sottoscritto, preso atto della suddetta Informativa, dichiara di averla visionata.

Atleta

SUPPORTO BASE agli ATLETI 2024: SPESE MEDICHE E FISIOTERAPICHE**Quadro illustrativo di spesa**

Prog.	Specifiche	Importo
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
TOT	TOT.	

In fede

Data:

Firma