CASSA NAZIONALE ASSISTENZA MALATTIE PROFESSIONISTI ARTISTI E LAVORATORI AUTONOMI
Società di Mutuo Soccorso L. 3818/1886

CAMPA
Mutua Sanitaria Integrativa

Mutua Sanitaria Integrativa del SSN
Iscritta all'Anagrafe Fondi Sanitari Ministero della Salute D.M.S. 31.03.2008 / 27.10.2009
Ente Terzo Settore ETS - Non profit

MODULO PER LA RICHIESTA AUTORIZZAZIONE

(FORMA DIRETTA)

Da compilare e inviare ad opera dell'assistito, unitamente alla documentazione necessaria, all'indirizzo e-mail → **sportellofondosanitario@campa.it**

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME NOME DI CHI ESEGUE LA PRESTAZIONE (*)	
Recapito TELEFONO/EMAIL del richiedente	**CODICE FISCALE (*)**

ANNOTAZIONI IMPORTANTI

L'autorizzazione deve essere richiesta con un preavviso di almeno un giorno lavorativo prima della data dell'appuntamento

La prescrizione medica allegata deve essere leggibile

I campi contrassegnati dal simbolo (*) sono da compilare obbligatoriamente

RICHIEDE AUTORIZZAZIONE PER

TIPO PRESTAZIONE (*)	**PRESSO LA STRUTTURA CONVENZIONATA (*)**	**Indirizzo/Sede** dove effettuare la prestazione **(*)**	GIORNO DELLA PRENOTAZIONE

SI ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE COPIA DEL CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE LA PATOLOGIA PER LA QUALE SI RICHIEDE LA PRESTAZIONE. In caso di assenza del suddetto documento la richiesta non potrà essere evasa.

Vorrei ricevere l'autorizzazione all'indirizzo e-mail (*): _____

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____

Autorizzazione Trattamento dati personali per coloro che non avessero già prestato il consenso
Affinché CAMPA possa trattare i Suoi dati, è necessario sottoscrivere e restituire il modulo di consenso INFORMATIVA PRIVACY SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, scaricabile sul sito: https://www.campa.it/aziende-coperture-collettive/modulistica-aziende.html
Ricordiamo che in mancanza del consenso firmato, CAMPA sarà impossibilitata a trattare i dati sensibili per l'autorizzazione delle prestazioni richieste.