

NOME E COGNOME DEL RICHIEDENTE				
INDIRIZZO				
CAP		CITTÀ		PROVINCIA
TEL		CELL		E-MAIL

Eventuale accompagnatore (deve aver volato insieme al richiedente)

NOME E COGNOME DELL'ACCOMPAGNATORE				
INDIRIZZO				
CAP		CITTÀ		PROVINCIA
TEL		CELL		E-MAIL

DATI DEL VOLO EFFETTUATO, PER IL QUALE SI RICHIEDE L'EMISSIONE DEL BUONO SCONTO				
CODICE DI PRENOTAZIONE (PNR)				
DATA VOLO DI ANDATA		PARTENZA DA		ARRIVO A
DATA VOLO DI RITORNO (SE EFFETTUATO)		PARTENZA DA		ARRIVO A

DURATA DEL SOGGIORNO PER MOTIVI SANITARI: dal ___/___/___ al ___/___/___

ULSS PRESSO LA QUALE SONO USUFRUITE LE PRESTAZIONI SANITARIE*:

ULSS N° _____ di _____ (città)

Dichiaro di essere consapevole delle sanzioni che la legge civile e penale comminano per le ipotesi di dichiarazioni false o reticenti ed autorizzo sin d'ora Trawel Srl a verificare presso la ULSS indicata la veridicità dei dati da me trasmessi.

La presente dichiarazione, a pena di nullità della richiesta, dovrà essere necessariamente accompagnata **dall'apposizione di un timbro della struttura sanitaria presso la quale si è usufruita la prestazione, avendo cura di non evidenziare in nessun caso la tipologia della prestazione stessa***.

Timbro della struttura

**in base alla legge sulla privacy si prega di non specificare la tipologia delle prestazioni sanitarie usufruite in quanto trattasi di dati sensibili la cui conoscenza non è necessaria per l'ottenimento del buono sconto; si comunica che in caso di trasmissione di dati sensibili da parte del richiedente la richiesta del buono sconto non verrà accolta e i dati verranno immediatamente distrutti.*

Autorizzo Trawel S.r.l., al trattamento dei miei dati per l'erogazione delle prestazioni da me richieste, ai sensi del Dlgs. 196/2003. Sono consapevole che il mancato consenso non renderà possibile l'emissione del buono sconto. Prima di dare il consenso ho letto e compreso le condizioni di privacy pubblicate sul sito www.trawelfly.com

Do il consenso

Nego il consenso

La presente scheda dovrà essere compilata ed inviata al numero di fax 02 89959626

Data _____

Firma _____