

# SCREENING AGEVOLATO

( Richiesta valida fino al 31 Agosto 2021 )

Spett.le "ASSOCIAZIONE CRESCERE INSIEME" Mutua del Credito Cooperativo

Il / La Sottoscritto/a .....	Nato il .....
Residente a .....	Via .....n° .....
Telefono .....	Cellulare .....
Mail .....	

## CHIEDE

Di poter usufruire ad UNO SOLO dei seguenti percorsi effettuati presso la Delta Medica/Iniziativa Medica o la Domus Medica in base alla scelta effettuata ( barrare con crocetta ):

Le prestazioni medico-sanitarie saranno eseguite come da convenzione stipulata con la

**DELTA MEDICA / INIZIATIVA MEDICA** – Centro Cure Specializzate – Via Rialto, 14 – Monselice (Tel. 0429. 783000). Sulla base dei programmi sanitari il Centro Cure informerà il richiedente per il giorno e l'orario del percorso. Al momento della visita si dovrà versare alla Delta Medica/Iniziativa Medica il ticket sanitario di € 45,00.

- SCREENING ALLERGOLOGICO (Delta Medica)
- SCREENING DERMATOLOGICO (Delta Medica)
- SCREENING OSTEOPOROSI ( Iniziativa Medica)

Le prestazioni medico-sanitarie saranno eseguite come da convenzione stipulata con la

**DOMUS MEDICA** – Centro Cure Specializzate – Via Zanchi, 12 – Este (Tel. 0429. 50303). Sulla base dei programmi sanitari la Domus Medica informerà il richiedente per il giorno e l'orario del percorso. Al momento della visita si dovrà versare alla Domus Medica il ticket sanitario di € 45,00.

- SCREENING CARDIOLOGICO (Domus Medica)
- SCREENING PROSTATA (Domus Medica)
- SCREENING VASCOLARE (Domus Medica)

Comprende ecodoppler arterioso e venoso - Si può scegliere lo screening tra:

arti inferiori  o arti superiori

Con la presente si autorizza "Crescere Insieme" a trasmettere i dati anagrafici alla Delta Medica/Iniziativa Medica di Monselice e alla Domus Medica di Este al fine di poter predisporre la prestazione sanitaria.

Data ..... Firma del Socio .....

**Note operative:** Completare lo stampato in ogni sua parte e raccogliere la firma di adesione, inviare lo stampato in originale all'Associazione Crescere Insieme ( Filiale di Este - Brunelli ). Consegnare copia dello stampato al Socio aderente e trattenere una copia presso la Filiale.

### Parte riservata alla Mutua.

Socio dal ..... Ha versato la quota per l'anno corrente? SI  NO

Assenso al Percorso Sanitario

Non è possibile accedere alla prestazione per mancanza dei requisiti:

.....

FIRME .....

(per l'ufficio della Mutua)

.....

( per il CdA della Mutua )