

SCREENING AGEVOLATO

(Richiesta valida fino al 31 Luglio 2024)

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

Il / La Sottoscritto/a	Nato il
Residente a	Vian°
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** **o** **tronchi sovra-ortici**

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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Assenso al Percorso Sanitario
<input type="checkbox"/>	Non è possibile accedere alla prestazione per mancanza dei requisiti:
FIRME
(per l'ufficio della Mutua)	(per il CdA della Mutua)