

# SCREENING AGEVOLATO

( Richiesta valida fino al 1° Agosto 2025 )

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

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  o tronchi sovra-ortici
- **PACCHETTO ONCOLOGICO UOMO/DONNA** (Domus Medica)

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 )				