**Mod. mat. 1**

**Team Performance 2025**

**SUPPORTO BASE agli ATLETI**

**CONTRIBUTO per SPESE MEDICHE E FISIOTERAPICHE**

Attenzione del SETTORE ASSOLUTO DI PREPARAZIONE OLIMPICA E ALTO LIVELLO (r.bodrato@federvela.it)

***Il presente modulo dovrà pervenire in Federazione, unitamente alla documentazione giustificativa e al relativo quadro illustrativo di spesa, entro la fine del trimestre di riferimento***

Atleta ……………………

C.F. ………………………………………

Residente in .......................................... CAP .................. Prov. …… Via ………………………

Tel. ....................................... E-Mail................................

In qualità di appartenente alle Squadre Nazionali a Livello Performance …, ai sensi di quanto previsto nelle Norme 2024 della Programmazione Tecnico-Sportiva chiede il rimborso delle spese mediche e fisioterapiche.

Si allega documentazione in originale e distinta dei giustificativi di spesa tenendo conto che il tetto di spesa annuale previsto si trova specificato nelle Norme PTS 2025 (cfr. 5.1, pag. 22, 23)

Totale generale documento € ……

In fede

Data: Firma

**Coordinate bancarie:**

**C/C Intestato a**..............................................................**nato/a il** .................................**a** .............................

**Residente in**: ......................................... **Cod.Fisc**........................................................................... **in qualità**

**di**... **Banca:** ..................

**Codice IBAN (27 caratteri contenenti CIN ABI CAB e CC)**

􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀􏰀Documento esente da imposta di bollo ai sensi dell’art.27 Bis tab.allegato B DPR 26/10/1972 modificato dall’art.90 legge 27/12/2002, n°289

**Autorizzazione al trattamento dati personali (Privacy)**

La Federazione Italiana Vela, in qualità di titolare del trattamento, La informa che i dati raccolti attraverso la compilazione del modulo per la richiesta di rimborso spese sono richiesti per procedere al rimborso e l’eventuale rifiuto a fornire tali dati comporterà l’impossibilità di erogarle i rimborsi stessi. I dati da Lei forniti verranno trattati secondo le modalità e per le finalità indicate ai paragrafi 2) e 3) dell’Informativa estesa di cui **all’art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016** pubblicata nel sito Federale, il cui riassunto è allegato al presente modulo. Il sottoscritto, preso atto della suddetta Informativa, dichiara di averla visionata.

**Mod. mat 2**

Atleta …………………………….

**SUPPORTO BASE agli ATLETI 2025:** **SPESE MEDICHE E FISIOTERAPICHE**

**Quadro illustrativo di spesa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prog.** | **Specifiche** | **Importo** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |
| **7** |  |  |
| **8** |  |  |
| **9** |  |  |
| **10** |  |  |
| **11** |  |  |
| **12** |  |  |
| **13** |  |  |
| **14** |  |  |
| **15** |  |  |
| **16** |  |  |
| **17** |  |  |
| **18** |  |  |
| **19** |  |  |
| **20** |  |  |
| **TOT** | **TOT.** |  |

In fede

Data: Firma