



AUTORIZZAZIONE

Cognome, Nome _____

Indirizzo _____

NPA/Località _____

Richiesta di sussidio del

Per l'accertamento concernente la mia richiesta di sussidio inoltrata alla Fondation Sana, autorizzo espressamente i collaboratori della Fondation Sana ed eventualmente il secondo perito da essa consultato ad assumere le necessarie informazioni e documentazioni presso il Gruppo Helsana (Helsana o Progrès), presso i suoi medici di fiducia nonché presso i miei medici (dentisti) curanti, specificatamente ma non esclusivamente:

Si tratta di documentazioni e informazioni per le quali sussistono obblighi del segreto legali, contrattuali e professionali. Dispenso perciò senza riserve dagli obblighi del segreto menzionati le persone citate per tutta la durata della verifica della mia richiesta di sostegno finanziario.

La Fondation Sana ha il diritto di scambiare, risp. comunicare, le necessarie informazioni con le, risp. alle, citate organizzazioni e persone.

Con la mia firma confermo nello stesso tempo che per la prestazione richiesta non vi è alcun'altra possibilità di copertura dei costi (AVS/AI/Servizio sociale).

Data, firma