



SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO
CESAREPOZZO
servizi d'integrazione sanitaria

Partner
Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

Edizione 2015

____ SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO
CESAREPOZZO
servizi d'integrazione sanitaria

Partner

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto
Edizione 2015


PARTNER

FORMA DI ASSISTENZA AGGIUNTIVA

Contributo associativo annuo - **Euro 72,00** (*settantadue/00*)

L'iscrizione alla forma di assistenza aggiuntiva Partner può essere richiesta da tutti i soci che all'atto della domanda di adesione risultino iscritti alla forma di assistenza base Tutela Globale o Tutela Globale Extra. Il diritto ai sussidi elencati nella forma di assistenza Partner non compete quando la causa che ha determinato la richiesta sia conseguente a patologie o infortuni, fatti o eventi preesistenti alla data della domanda di adesione, fatto salvo quanto previsto dall'art. 1.7 bis del Regolamento. L'adesione alla forma di assistenza aggiuntiva Partner è consentita fino al termine dell'anno solare di compimento del sessantasettesimo anno di età del coniuge o convivente more-uxorio.

ALLEGATO AL REGOLAMENTO



CesarePozzo riconosce al convivente more-uxorio gli stessi diritti del coniuge, se sussistono le condizioni necessarie per essere tali (stato libero e residenza sotto lo stesso tetto)

1 RICOVERO OSPEDALIERO, RICOVERO DIURNO, CURE ONCOLOGICHE E TALASSEMIA

1.1 Ricovero ospedaliero

Al socio, nel caso in cui il coniuge o convivente more-uxorio sia ricoverato in una struttura ospedaliera, dopo le prime due notti consecutive di ricovero spetta un sussidio giornaliero dal primo giorno fino al termine del ricovero come di seguito specificato:

- a) euro 50,00 (cinquanta/00) fino al decimo giorno compreso, per il ricovero del coniuge o convivente more uxorio sottoposto a un intervento chirurgico, parto o a seguito di infortunio; in tali casi, a partire dall'undicesimo giorno, al socio spetta un sussidio giornaliero di euro 26,00 (ventisei/00);
- b) euro 65,00 (sessantacinque/00) fino al decimo giorno compreso, per il ricovero del coniuge o convivente more uxorio in struttura ospedaliera distante oltre 150 Km dalla residenza o all'estero e sottoposto a un intervento chirurgico, parto o a seguito di infortunio; in tali casi, a partire dall'undicesimo giorno, al coniuge o convivente more uxorio spetta un sussidio giornaliero di euro 35,00 (trentacinque/00);
- c) euro 26,00 (ventisei/00) per il ricovero del coniuge o convivente more uxorio non sottoposto a un intervento chirurgico, parto o a seguito di infortunio;
- d) euro 35,00 (trentacinque/00) per il ricovero del coniuge o convivente more uxorio, non sottoposto a un intervento chirurgico, parto o a seguito di infortunio, in struttura ospedaliera distante oltre 150 Km dalla residenza o all'estero.

Il sussidio di cui al presente articolo 1.1 non spetta qualora il ricovero avvenga per cure riabilitative.

Ricorda di farti rilasciare dalla struttura ospedaliera la lettera di dimissioni nella quale si evincono:
. data di ingresso
. data di uscita
. descrizione del decorso

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare nessun documento.
- 2) Certificato di dimissione in originale dell'Unità operativa (reparto) dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e la diagnosi.
- 3) Cartella clinica (completa di anamnesi) o relazione clinica per poter usufruire della maggiorazione del sussidio per intervento chirurgico, parto o infortunio. (**)
- 4) Per i soci con meno di tre anni di adesione alla forma di assistenza aggiuntiva è obbligatoria la cartella clinica (completa di anamnesi). (**)
- 5) Per ricoveri superiori a 15 giorni è obbligatorio allegare la cartella clinica (completa di anamnesi, diagnosi e diario clinico). (**)
- 6) Certificato di residenza, nel caso il ricovero sia avvenuto in località oltre i 150 km dalla residenza o all'estero (*)

Ricorda di farti rilasciare dalla struttura ospedaliera la lettera di dimissioni, nella quale si evincono:
. data di ingresso
. data di uscita
. descrizione del decorso

1.2 Degenze in ricovero diurno con intervento chirurgico

Al socio, nel caso in cui il coniuge o convivente more-uxorio sia ricoverato in struttura ospedaliera in regime di ricovero diurno con intervento chirurgico, anche se preceduto o seguito da un singolo pernottamento ospedaliero, spetta un sussidio forfettario di euro 100,00 (cento/00).

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare nessun documento.*
- 2) *Cartella clinica in cui sono indicati i giorni di effettivo ricovero specificatamente documentati, la diagnosi e il tipo di intervento effettuato, con l'annotazione che il ricovero è avvenuto in regime di ricovero diurno o Day Surgery. (**)*

Ricorda di farti rilasciare dalla struttura ospedaliera la lettera di dimissioni, nella quale si evincono:

- . data di ingresso
- . data di uscita
- . descrizione del decorso

1.3 Ricovero per cure riabilitative _____

Al socio, nel caso in cui il coniuge o convivente more-uxorio sia ricoverato in una struttura sanitaria per cure riabilitative, dopo le prime due notti consecutive di ricovero spetta un sussidio giornaliero dal primo giorno fino al termine del ricovero di euro 26,00 (ventisei/00). Il sussidio spetta per un periodo massimo di 15 giorni nell'arco dell'anno solare.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare nessun documento.*
- 2) *Cartella clinica dalla quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione, il tipo di diagnosi (per patologie cardiache, respiratorie o neurologiche) e le terapie praticate. (**)*

1.4 Cure oncologiche e della Talassemia _____

Al socio, nel caso in cui il coniuge o convivente more-uxorio sia sottoposto, ambulatorialmente o in day hospital, al trattamento di cure radianti e/o chemioterapiche per cure oncologiche, o sia sottoposto a emotrasfusioni e/o a trattamenti ferrochelanti per la cura della talassemia, spetta un sussidio giornaliero, per ogni giorno di trattamento, di euro 26,00 (ventisei/00).

Ricorda di farti rilasciare dalla struttura ospedaliera il certificato attestante ciascuna data di effettuata terapia

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare nessun documento.*
- 2) *Certificato dell'Ospedale in cui sono indicate la data di inizio e quella di termine di ogni singolo periodo con indicate tutte le date del trattamento ed il tipo di terapia praticata.*

1.5 Periodo di carenza _____

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di collocazione nella forma di assistenza aggiuntiva.

Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se il ricovero è dovuto ad infortunio.

2 MATERNITÀ

2.1 Assenza dal lavoro per gravidanza a rischio _____

Al socio, nel caso in cui il coniuge o convivente more-uxorio con rapporto di lavoro dipendente sia assente dal lavoro per gravidanza a rischio, superati 30 giorni continuativi e per i giorni di assenza dal lavoro successivi al trentesimo giorno, spetta un sussidio di euro 8,00 (otto/00) per tutta la durata della gravidanza. Lo stato di gravidanza a rischio deve essere documentato da certificazione dell'Ispettorato sanitario del lavoro attestante l'inizio della gravidanza a rischio e la necessità dell'assenza dal lavoro.

2.2 Periodo di carenza _____

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 270 giorni, a decorrere dalla data di collocazione nella forma di assistenza aggiuntiva.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare nessun documento.*
- 2) *Certificato dell'Ispettorato Sanitario del Lavoro attestante l'inizio della gravidanza a rischio e la necessità dell'assenza dal lavoro.*
- 3) *Cartella clinica o certificazione dell'ospedale o del medico ostetrico attestante il parto e la settimana di gestazione in cui il parto è avvenuto.*

3 MALATTIA

3.1 Assenza dal lavoro per malattia _____

Al socio, nel caso in cui il coniuge o convivente more-uxorio con rapporto di lavoro dipendente sia assente dal lavoro per malattia per un periodo ininterrotto superiore a 90 giorni, spetta un sussidio forfettario di euro 80,00 (ottanta/00) per l'assenza dal novantunesimo giorno fino al centesimo giorno.

3.2 Assenza dal lavoro per malattia dopo cento giorni _____

Per i giorni di assenza dal lavoro successivi al centesimo giorno, spetta, in caso di malattia, un sussidio di euro 8,00 (otto/00) sino alla riammissione in servizio o all'eventuale diritto al sussidio per riduzione di stipendio. Tale sussidio non spetta in caso di infortunio sul lavoro.

3.3 Periodo di carenza _____

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 180 giorni a decorrere alla data di collocazione nella forma di assistenza aggiuntiva. Tale periodo è ridotto a 30 giorni in caso di infortunio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare nessun documento.*
- 2) *Certificato rilasciato dal medico dell'ASL competente (medico di famiglia), attestante il periodo di malattia.*
- 3) *Dichiarazione dell'Ente dal quale il coniuge o convivente del socio dipende, attestante il periodo di assenza per malattia.*
- 4) *Fotocopia della busta paga riferita al periodo di malattia (solo per coloro che pagano i contributi associativi tramite ccp o R.I.D.).*

3 BIS INFORTUNIO SUL LAVORO ED EXTRA LAVORO

3.1 bis Diritto al sussidio e suo importo _____

Al socio, nel caso in cui il coniuge o convivente more-uxorio con rapporto di lavoro dipendente sia assente dal lavoro per infortunio sul lavoro ed extra lavoro per un periodo ininterrotto superiore a 60 giorni, spetta un sussidio forfetario di euro 80,00 (ottanta/00) per l'assenza dal sessantunesimo giorno fino al settantesimo giorno.

Ricorda di allegare la copia del verbale di Pronto Soccorso attestante l'incidente subito

3.2 bis Assenza per infortunio sul lavoro dopo settanta giorni _____

Per i giorni di assenza dal lavoro successivi al settantesimo giorno, al socio spetta, in caso di infortunio sul lavoro, un sussidio di euro 8,00 (otto/00) sino alla riammissione in servizio, comunque per un periodo massimo non superiore a cinquanta giorni.

3.3 bis Assenza per infortunio extra lavoro dopo settanta giorni _____

Per i giorni di assenza dal lavoro successivi al settantesimo giorno, al socio spetta, in caso di infortunio extra lavoro, un sussidio giornaliero di euro 8,00 (otto/00) sino alla riammissione in servizio o all'eventuale diritto al sussidio per la riduzione di stipendio.

3.4 bis Periodo di carenza _____

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 30 giorni a decorrere alla data di collocazione nella forma di assistenza aggiuntiva.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

Infortunio sul lavoro

- 1) *Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare nessun documento*
- 2) *Certificato rilasciato dall'INAIL attestante il periodo di infortunio.*
- 3) *Dichiarazione dell'Ente dal quale il coniuge o convivente del socio dipende, attestante il periodo di assenza per infortunio.*
- 4) *Fotocopia della busta paga riferita al periodo di infortunio (solo per coloro che pagano i contributi associativi tramite ccp o R.I.D.).*

Infortunio extra lavoro

- 1) *Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare nessun documento.*
- 2) *Certificato rilasciato dal medico dell'ASL competente (medico di famiglia), attestante il periodo di malattia.*
- 3) *Dichiarazione dell'Ente dal quale il coniuge o convivente del socio dipende, attestante il periodo di assenza per malattia.*
- 4) *Fotocopia della busta paga riferita al periodo di malattia (solo per coloro che pagano i contributi associativi tramite ccp o R.I.D.).*

4 RIDUZIONE DI STIPENDIO

4.1 Riduzione di stipendio base dopo il centocinquantunesimo giorno

Al socio, nel caso in cui al coniuge o convivente more-uxorio con rapporto di lavoro dipendente venga applicata la riduzione dello stipendio base, degli scatti di anzianità e della contingenza per assenza dal lavoro per malattia o infortunio extra lavoro per un periodo superiore a 150 giorni, spetta un rimborso pari alla detrazione avuta con un sussidio massimo giornaliero di euro 16,00 (sedici/00) dal centocinquantunesimo giorno sino alla riammissione al lavoro, ovvero alla collocazione in pensione o altro provvedimento, comunque per un periodo non superiore a 730 giorni.

Qualora al socio siano garantiti per qualsiasi previsione contrattuale o normativa recuperi economici, questi saranno detratti interamente dal sussidio di cui al comma precedente. Tale sussidio non spetta in caso di infortunio sul lavoro.

4.2 Riduzione di stipendio base prima del centocinquantunesimo giorno

Nei casi in cui la riduzione dello stipendio base per malattia o infortunio extra lavoro intervenga prima del centocinquantunesimo giorno e lo stato di malattia o infortunio extra lavoro prosegua oltre il centocinquantunesimo giorno, al socio spetta il sussidio di cui al precedente punto 4.1 nei limiti ivi previsti soltanto a decorrere dal centocinquantunesimo giorno. Tale sussidio non spetta in caso di infortunio sul lavoro.

4.3 Documentazione

Il diritto al sussidio compete per la riduzione di stipendio base, degli scatti di anzianità e della contingenza effettivamente subita e documentata.

Ricordati che puoi verificare nella tua busta paga se la retribuzione ha subito una riduzione a seguito di malattia o infortunio extra lavoro

4.4 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 180 giorni a decorrere dalla data di collocazione nella forma di assistenza aggiuntiva.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare nessun documento.*
- 2) *Dichiarazione mensile dell'Ente dal quale il coniuge o convivente del socio dipende, che certifichi le giornate di malattia prima della riduzione stipendio, il periodo di malattia successivo e l'importo ridotto*
- 3) *Fotocopia della busta paga riferita al periodo di malattia (solo per coloro che pagano i contributi associativi tramite ccp o R.I.D.).*

5 INABILITÀ TOTALE

5.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui al coniuge o convivente more-uxorio sia stata riconosciuta la totale inabilità fisica o mentale a carattere permanente accertata dai medici degli Enti preposti a questo riconoscimento, tale da provocare un'assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi lavoro, è riconosciuto per una sola volta un sussidio nelle seguenti misure:

- a) euro 15.500,00 (quindicimilacinquecento/00) per il coniuge o convivente more uxorio di età inferiore a 30 anni all'atto del provvedimento di riconoscimento dell'inabilità totale;
- b) euro 10.500,00 (diecimilacinquecento/00) per il coniuge o convivente more uxorio di età inferiore a 40 anni all'atto del provvedimento di riconoscimento dell'inabilità totale;
- c) euro 5.200,00 (cinquemiladuecento/00) per il coniuge o convivente more uxorio di età inferiore a 50 anni all'atto del provvedimento di riconoscimento dell'inabilità totale;
- d) euro 2.600,00 (duemilaseicento/00) per il coniuge o convivente more uxorio di età inferiore a 60 anni all'atto del provvedimento di riconoscimento dell'inabilità totale.

L'erogazione del sussidio è subordinata alla effettiva cessazione da qualsiasi attività lavorativa.

5.2 Esclusione dal sussidio

È escluso dal diritto al sussidio il coniuge o convivente more-uxorio che al momento dell'iscrizione alla Società risulti titolare di forme di assistenza previdenziali o assistenziali liquidate per totale e permanente inabilità al lavoro, nonché coloro che siano titolari di forme di assistenza pensionistiche di anzianità, vecchiaia o invalidità.

5.3 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 730 giorni a decorrere dalla data di collocazione nella forma di assistenza aggiuntiva. Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se l'inabilità è dovuta ad infortunio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare nessun documento.*
- 2) *Dichiarazione di riconoscimento della totale inabilità fisica o mentale a carattere permanente accertata dagli Enti preposti a questo riconoscimento (Istituti previdenziali che liquidano la pensione d'inabilità, Commissioni per l'inabilità civile, ecc.).*

6 DECESSO

6.1 Sussidio e suo importo

Al socio, nel caso di decesso del coniuge o convivente more-uxorio, spetta, quale sostegno alla famiglia per contributo alle spese funerarie, un sussidio nelle seguenti misure:

- a) euro 25.000,00 (venticinquemila/00) nel caso in cui il coniuge o convivente more-uxorio deceduto abbia età inferiore ai 35 anni;
- b) euro 15.000,00 (quindicimila/00) nel caso in cui il coniuge o convivente more-uxorio deceduto abbia età tra 35 e 59 anni, salvo l'eccezione prevista nel punto 6.2.

6.2 Eccezione

Per i soci con coniuge o convivente more-uxorio che all'atto di adesione alla Partner ha compiuto il 50° anno di età, e limitatamente alle adesioni alla forma di assistenza decorrenti dal 1 gennaio 2008, il sussidio è rideterminato nella seguente misura:

- a) euro 5.000,00 (cinquemila/00) nel caso in cui il coniuge o convivente more-uxorio deceduto abbia età tra 50 e 59 anni.

6.3 Periodo di carenza

Per acquisire diritto al sussidio il periodo di carenza è di 180 giorni a decorrere dalla data di collocazione nella forma di assistenza aggiuntiva. Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se il decesso è dovuto ad infortunio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) *Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare nessun documento.*
- 2) *Certificato di decesso.*
- 3) *Certificato medico attestante la causa del decesso.*
- 4) *Certificato originale di stato di famiglia certificante il grado di parentela con il socio.*
- 5) *Documento che attesti l'effettiva cessazione da qualsiasi attività lavorativa.*

7 CUMULABILITÀ DEI SUSSIDI

I sussidi e i servizi erogati sono fra loro cumulabili ad eccezione del:
a) sussidio di gravidanza a rischio con il sussidio di riduzione di stipendio;
b) sussidio di malattia o infortunio extra lavoro con il sussidio di riduzione di stipendio.

NORME GENERALI

DOCUMENTI AGGIUNTIVI DA ALLEGARE PER OGNI RICHIESTA DI SUSSIDIO

- 1) *Certificato di stato di famiglia certificante il grado di parentela con il socio. (*)*
- 2) *Certificato di convivenza sotto lo stesso tetto del socio in caso di convivenza more uxorio. (*)*

DICHIARAZIONE DI NOTORIETÀ

Tutti i documenti segnati con () possono essere sostituiti con il modulo per la dichiarazione di notorietà, da autenticare presso le nostre sedi territoriali.*

TRADUZIONE DEI DOCUMENTI IN LINGUA STRANIERA

Nei casi in cui è obbligatorio allegare la traduzione - secondo le modalità di cui all'art.5.7 del Regolamento applicativo - di documenti scritti in lingua straniera, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo fino ad un massimo di 30 euro per ogni sussidio richiesto.

DOCUMENTAZIONE

La Società può richiedere al socio o direttamente agli enti competenti tutta la documentazione che riterrà opportuna, a conferma della validità del sussidio richiesto.

() CARTELLA CLINICA**

Nei casi in cui è obbligatorio presentare la cartella clinica, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo.

Le nostre sedi in Italia

SEDE NAZIONALE

Via S. Gregorio, 48
20124 Milano
Tel. 02.66726.1
Fax 02.66726313
infocenter@mutuacesarepozzo.it



ABRUZZO

Via Grotta del Cavallone, 11
65124 PESCARA
Tel. 085.4212152
Fax 085.4226442
abruzzo@mutuacesarepozzo.it

BASILICATA

Viale Unicef
c/o Centro Comm. Galassia
85100 POTENZA
Tel. 0971.58791
Fax 0971.58914
basilicata@mutuacesarepozzo.it

CALABRIA

Via Caprera, 8
89127 REGGIO CALABRIA
Tel. 0965.331960
Fax 0965.814305
calabria@mutuacesarepozzo.it

CAMPANIA

Via Enrico Cosenz, 13
80142 NAPOLI
Tel. 081.261568
Fax 081.289535
campania@mutuacesarepozzo.it

EMILIA ROMAGNA

Via Boldrini, 18/2
40121 BOLOGNA
Tel. 051.6390850
Fax 051.6393659
emilia@mutuacesarepozzo.it

FRIULI VENEZIA GIULIA

Via Giustiniano, 8
34133 TRIESTE
Tel. 040.367811
Fax 040.3726001
friuli@mutuacesarepozzo.it

LAZIO

Via Cavour, 47
00184 ROMA
Tel. 06.47886742
06.4815887
Fax 06.47886743
lazio@mutuacesarepozzo.it

LIGURIA

Via E. De Amicis, 6/2
16122 GENOVA
Tel. 010.5702787
Fax 010.5452134
liguria@mutuacesarepozzo.it

LOMBARDIA

Via Venini, 1
20127 MILANO
Tel. 02.66726410
Fax 02.66726414
lobardia@mutuacesarepozzo.it

MARCHE

Via G. Marconi, 227
60125 ANCONA
Tel. 071.43437
Fax 071.2149015
marche@mutuacesarepozzo.it

MOLISE

Via Garibaldi, 67/69
86100 CAMPOBASSO
Tel. 0874.482004
Fax 0874.494098
molise@mutuacesarepozzo.it

PIEMONTE VALLE D'AOSTA

Via Sacchi, 2 bis
10128 TORINO
Tel. 011.545651
011.5579272
Fax 011.5189449
piemonte@mutuacesarepozzo.it

PUGLIA

Via Beata Elia di S. Clemente, 223
70122 BARI
Tel. 080.5243662
080.5730206
Fax 080.5211661
puglia@mutuacesarepozzo.it

SARDEGNA

Corso Vico, 2
07100 SASSARI
Tel. 079.236394
Fax 079.2010241
sardegna@mutuacesarepozzo.it

SICILIA

Via Torino, 27/D
90133 PALERMO
Tel. 091.6167012
Fax 091.6177524
sicilia@mutuacesarepozzo.it

TOSCANA

Via degli Orti Oricellari, 34
50123 FIRENZE
Tel. 055.211806
055.2658106
Fax 055.296981
toscana@mutuacesarepozzo.it

TRENTINO ALTO ADIGE

Piazza Verdi, 15 int. 4
39100 BOLZANO
Tel. 0471.300189
Fax 0471.309589
trentino@mutuacesarepozzo.it

UMBRIA

Via Nazario Sauro, 4/B
06034 FOLIGNO
Tel. 0742.342086
Fax 0742.349043
umbria@mutuacesarepozzo.it

VENETO

Via Ulloa, 5
30175 MARGHERA (VE)
Tel. 041.926751
Fax 041.5387659
veneto@mutuacesarepozzo.it

SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO
CESAREPOZZO
servizi d'integrazione sanitaria

SOCIETÀ NAZIONALE DI MUTUO SOCCORSO CESARE POZZO

Via San Gregorio 46/48 • 20124 Milano
C.F. 80074030158 • Tel. 02.66726.1 • Fax. 02.66726313
infocenter@mutuacesarepozzo.it

www.mutuacesarepozzo.org

