

Fondo sostegno per assistenza sanitaria

MODULO RICHIESTA

(Il modulo deve essere compilato in carattere stampatello in ogni sua parte)

LAVORATORE

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME NOME

CODICE FISCALE RESIDENTE A CAP

VIA TEL

DIPENDENTE DELLA DITTA PIVA

CON SEDE IN CAP VIA

Chiede il rimborso della spesa sanitaria sostenuta

A tal fine allega

- copia delle fatture relative alle spese sostenute
- copia delle ultime tre buste paga precedenti la data della domanda
- copia del modello ISEE

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del regolamento e di assumersi la responsabilità che gli allegati e quanto dichiarato corrispondono al vero.

Dichiara altresì di essere consapevole che in caso di dichiarazione di “Detrazione spese mediche e sanitarie” nel modello 730 dovrà tener conto del rimborso ottenuto.

data

firma

Ai fini dell'erogazione del sussidio, il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa (art. 13, D.lgs, b, 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”) ed acconsente al trattamento dei propri dati personali sensibili nonché la memorizzazione degli stessi nel database dell'Ente.

data

firma