

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