

Programma Rimborso Spese Sanitarie da Infortunio e Malattia

RICHIESTA RIMBORSO SPESE SANITARIE

DATI ANAGRAFICI

NOMINATIVO DIPENDENTE			
AZIENDA ASSOCIATA			
CATEGORIA	<input type="checkbox"/> QUADRO	CATEGORIA	<input type="checkbox"/> IMPIEGATO
CATEGORIA	<input type="checkbox"/> OPERAIO	CATEGORIA	<input type="checkbox"/> ALTRO
BANCA	AGENZIA DI		N.
N. IBAN			

ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE (ORIGINALE E UNA FOTOCOPIA)

TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
			TOTALE

DATI ANAGRAFICI DA INDICARE SOLO IN CASO DI VARIAZIONE

VIA/PIAZZA	COMUNE	PROV.
------------	--------	-------

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, preso atto dell'informativa fornita ai sensi del Codice della Privacy,

ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto conoscenza che i dati medesimi possono rientrare nel novero dei

dati "sensibili", idonei a rilevare lo stato di salute e acconsente del pari alla comunicazione ai soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente.

NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE
NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE
NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE