LOMBARDIA

MODULO RICHIESTA RIMBORSO DIPENDENTI – COVID19

FRANCHIGIA CURE DENTARIE da infortunio

MINIMO NON INDENNIZZABILE FISIOTERAPIA da infortunio o grave evento morboso

Il/la sottoscritto/a (*indicare eventuale secondo nome*)_____

nato/a a _____ il _____
(per gli stranieri è da intendersi lo stato di nascita)

indirizzo_____

CAP_____ Città_____Prov_____

Codice Fiscale _____

tel_____cell_____e_mail_____

dipendente

dell'impresa_____

P.IVA_____Codice Fiscale _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli articoli 75/76 D.P.R. 445/2000.

RICHIEDE RIMBORSO PER:

(indicare una sola voce)

☐ Franchigia cure dentarie ☐ Minimo non indennizzabile fisioterapia

ALLEGA LA COPIA DELLE SEGUENTI FATTURE e COPIA DOCUMENTAZIONE UNISALUTE ATTETANTE IL RIMBORSO

Dati fattura				Indicare tipo documento (mail, lettera, ecc.)
NUMERO	**DATA**	**IMPORTO**	**DESCRIZIONE**	**DOC UNISALUTE**

DICHIARA CHE IL PROPRIO CODICE IBAN È:

Ai sensi del Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679 – GDPR autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento in corso.

data_____ firma del dichiarante_____
(per esteso e leggibile)