

Numero totale dei moduli presentati.....
<input type="checkbox"/> Spese superiori o uguali a € 750,00

**RICHIESTA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE**

Il/la sottoscritto/a.....

Matricola ..... Tel.....Cellulare.....

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dipendente ATM | <input type="checkbox"/> Dipendente Bordighera     |
| <input type="checkbox"/> Pensionato/a   | <input type="checkbox"/> Dipendente Fondazione ATM |

**CHIEDE**

il rimborso delle spese sanitarie per i seguenti beneficiari (titolare e/o familiari a carico):

<p><b>Cognome</b> .....</p> <p><b>Nome</b>.....</p> <p><b>Grado di parentela</b> .....</p>	<p style="text-align: center;"><b>Spazio riservato agli Uffici</b></p> <p><input type="checkbox"/> DOMANDA COMPLETA      <input type="checkbox"/> Integrazione entro 20 gg.  <input type="checkbox"/> Allegata documentazione attestante il carico fiscale</p> <p><b>PROTOCOLLO:</b></p>
<p><b>Cognome</b> .....</p> <p><b>Nome</b>.....</p> <p><b>Grado di parentela</b>.....</p>	<p style="text-align: center;"><b>Spazio riservato agli Uffici</b></p> <p><input type="checkbox"/> DOMANDA COMPLETA      <input type="checkbox"/> Integrazione entro 20 gg.  <input type="checkbox"/> Allegata documentazione attestante il carico fiscale</p> <p><b>PROTOCOLLO:</b></p>
<p><b>Cognome</b> .....</p> <p><b>Nome</b>.....</p> <p><b>Grado di parentela</b>.....</p>	<p style="text-align: center;"><b>Spazio riservato agli Uffici</b></p> <p><input type="checkbox"/> DOMANDA COMPLETA      <input type="checkbox"/> Integrazione entro 20 gg.  <input type="checkbox"/> Allegata documentazione attestante il carico fiscale</p> <p><b>PROTOCOLLO:</b></p>
<p><b>Cognome</b> .....</p> <p><b>Nome</b>.....</p> <p><b>Grado di parentela</b>.....</p>	<p style="text-align: center;"><b>Spazio riservato agli Uffici</b></p> <p><input type="checkbox"/> DOMANDA COMPLETA      <input type="checkbox"/> Integrazione entro 20 gg.  <input type="checkbox"/> Allegata documentazione attestante il carico fiscale</p> <p><b>PROTOCOLLO:</b></p>

Ai sensi del D.lgs. 196/03 si consente il trattamento dei dati per gli usi consentiti dalla legge.

Il sottoscritto allega n. .... documenti di spesa e si assume la responsabilità della loro autenticità e della veridicità di quanto sopra indicato.

**Data** ..... **Firma del Beneficiario** .....

**Firma dell'addetto**.....