

Via Pienza, 104
85100 - **POTENZA**

(0971411102
Ê 0971273595

+ e-mail: info@cassaedilepz.it
: **www.Cassaedilepz.it**



Il sottoscritto _____ nato il _____
a _____ Tel. _____ Codice Fiscale _____
residente in _____ alla Via _____ n. _____

ASSISTENZA SANITARIA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

q CURE DENTARIE

g PROTESI DENTARIE

q PROTESI OCULISTICHE

q PROTESI ORTOPEDICHE

g PROTESI ACUSTICHE

g CONTRIBUTI per PORTATORI HANDICAP

g CONTRIBUTO TICKET SANITARI

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Il presente documento è Obbligatorio per tutte le richieste di rimborso per le prestazioni di assistenza Sanitaria.

 $\ddot{e}$

Il sottoscritto, di cui ai dati anagrafici sopra riportati, DICHIARA, assumendosene tutte le responsabilità

consequenti, che per le spese esposte (Ticket - Fattura – Ricevuta Fiscale) N° del

rilasciatagli dalla Ditta o dal Medico o dalla Struttura Pubblica

non ha percepito né richiesto rimborsi ad altri Enti pubblici.

Data

R FIRMA lavoratore _____?

?

DICHIARAZIONE DEL MEDICO DENTISTA O DELLA DITTA FORNITRICE

Si dichiara che la fattura di cui sopra fa riferimento a prestazioni effettuate sulla persona di cui ai dati anagrafici sopraindicati.

$$\ddot{e}$$

Timbro & Firma del MEDICO DENTISTA o della DITTA FORNITRICE

Q

?

ALLEGATI

q DICHIARAZIONE sostitutiva Atto Notorietà

q CERTIFICATO della SPESA SOSTENUTA

Q DICHIARAZIONE del Medico Dentista

q DICHIARAZIONE della Ditta Fornitrice

q COPIA AUTENTICATA certificato A.S.L.

q STATO DI FAMIGLIA

DATA..... **R** FIRMA lavoratore **?**

?

Area riservata all'Operatore:

CODICE LAVORATORE _____ **Situazione Pratica** ☐ ACCOLTA ☐ RESPINTA ☐ SOSPESA