

## RIMBORSO PRESTAZIONI OCULISTICHE

### *Riservato allo STUDIO OTTICO*

IL SIGNOR \_\_\_\_\_ NATO IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ABITANTE IN \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PR. \_\_\_\_\_

HA **ACQUISTATO** IN DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ UNA PROTESI OCULISTICA IL CUI COSTO TOTALE E' COSI' SUDDIVISO:

COSTO PER **LENTI** CORRETTIVE: - EURO \_\_\_\_\_

COSTO PER **MONTATURA** OCCHIALE: - EURO \_\_\_\_\_

**TOTALE IMPORTO SPESO:** - EURO \_\_\_\_\_

***TIMBRO E FIRMA DELLO STUDIO OTTICO***

\_\_\_\_\_

### *Riservato al LAVORATORE*

**Il lavoratore, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti**

#### **DICHIARA**

☐ DI AVERE RICHIESTO IL RIMBORSO USL RELATIVO ALL'ACQUISTO SOPRA DESCRITTO

☐ DI **NON** AVERE RICHIESTO IL RIMBORSO USL RELATIVO ALL'ACQUISTO SOPRA DESCRITTO

***FIRMA DEL LAVORATORE***

\_\_\_\_\_

#### **AVVISO AL LAVORATORE AVENTE DIRITTO - iscritto alla Cassa Edile**

La presente scheda deve essere accompagnata:

- 1.** dalla FATTURA - originale (se non è stato chiesto o concesso il rimborso da parte dell'USL);  
- fotocopia (se vi è stato il rimborso da parte dell'USL);
- 2.** dal rimborso dell'USL, se chiesto o concesso;
- 3.** dall'AUTOCERTIFICAZIONE situazione di famiglia
- 4.** da copia ultimo MOD. DICHIARAZIONE DEI REDDITI nel caso in cui la prestazione medica sia a favore di un **familiare** compreso nello stato di famiglia e **FISCALMENTE A CARICO**

Si esprime inoltre il consenso, ai sensi del D.L. 196 del 30.06.2003, art.23 e art.26:

- al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, che lo riguardano;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti previsti.

Rimane fermo che tale consenso e' condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.