

All'Ufficio Welfare  
dell'Azienda Sanitaria Provinciale di  
ENNA  
**welfare@asp.enna.it**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
nella Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
tel. casa \_\_\_\_\_ tel. cellulare \_\_\_\_\_ dipendente dell'ASP di Enna, matricola \_\_\_\_\_  
dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rimborso, nella misura prevista dal "Regolamento Welfare" degli oneri sostenuti per spese sanitarie e/o acquisti di presidi e protesi sanitarie per sé, come di seguito descritti

Si allega la seguente documentazione:

3. fotocopia del documento di identità del dipendente, che richiede il rimborso
4. copia della fattura allo stesso intestata e relativa alle spese sanitarie sostenute e/o all'acquisto di presidi e protesi sanitarie .

Si autorizza il trattamento dei dati personali esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Firma per esteso

\_\_\_\_\_