

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
