

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

\_\_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 \_\_l\_\_ propri\_\_ figli\_\_ /coniuge, \_\_\_\_\_  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_  
e componente del proprio nucleo familiare,  
come di seguito descritti

Si allega la seguente documentazione:

1. fotocopia del documento di identità del dipendente, che richiede il rimborso
2. copia della fattura intestata al componente del proprio nucleo familiare 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

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
**(Art 46 e art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i)**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ ,  
consapevole della responsabilità penale e delle conseguenti sanzioni cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in seguito a provvedimenti emessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

**DICHIARA<sup>6</sup>**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo .....

Data .....

Firma

.....

<sup>6</sup> - Dichiarazione sostitutiva del certificato di familiare a carico.