

MODULO RICHIESTA RIMBORSO SPESE MEDICHE INAIL

Dati del Richiedente :

Nome e Cognome : _____

Codice Fiscale : _____

Data di nascita : _____

Indirizzo di residenza : _____

Telefono : _____

Email : _____

Dati dell'Infortunio :

Data e ora dell'infortunio : _____

Luogo dell'infortunio : _____

Descrizione sintetica dell'infortunio : _____

Dettaglio Spese Mediche Sostenute :

Data	Descrizione Spesa	Importo (€)

Totale Spese Rimborsate (€) : _____

Dichiaro che le informazioni sopra riportate corrispondono a verità e che le spese mediche indicate sono state effettivamente sostenute a seguito dell'infortunio denunciato all'INAIL. Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sottoscrivo la presente richiesta di rimborso.

Firma del Richiedente

Firma per ricevuta Ufficio INAIL

Firma: _____

Firma: _____

Fonte originale di questo documento:

<https://richiesta-pronta.com/modulo-richiesta-rimborso-spese-mediche-inail/>

Questo modello ti è stato utile?

Scopri altri modelli aggiornati su:

<https://richiesta-pronta.com>

Vedi più modelli

Questo modello è destinato esclusivamente a un uso personale e non commerciale.
Qualsiasi diffusione o pubblicazione deve citare obbligatoriamente la fonte.

Questo modello è fornito a solo scopo informativo e non costituisce consulenza legale.
Si consiglia di consultare un professionista qualificato per situazioni specifiche.