

ALLA SEDE INAIL DI:

Oggetto: **Richiesta rimborso spese farmaci.**
Infortunio/malattia professionale n. _____ **del** ___/___/___

Il sottoscritto/a _____

C.F. _____ Nato/a il _____

a _____ Residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ indirizzo e-mail _____

CHIEDE

il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci indicati nel prospetto che segue (Sez.A), prescritti a seguito dell'infortunio/m.p. in oggetto, necessari per il miglioramento dello stato psico-fisico in relazione alla patologia causata dall'evento lesivo di natura lavorativa, per l'importo complessivo di euro _____

Allega in fotocopia alla presente richiesta n. ___ prescrizioni mediche e n. ___ scontrini fiscali intestati al sottoscritto.

Consapevole della responsabilità civile e penale che potrebbe derivare in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione od uso di atti falsi, ovvero di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i., dichiara che le suddette fotocopie sono conformi agli originali che rimangono in possesso del sottoscritto. Gli originali degli scontrini fiscali e le prescrizioni dovranno essere conservati ed esibiti a semplice richiesta dell'Istituto.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____, consapevole che il trattamento dei dati forniti sarà effettuato dall'Inail ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e potrà riguardare "dati sensibili", in particolare dati idonei a *rivelare lo stato di salute*, presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle attività di gestione della presente richiesta di rimborso con le modalità e per le finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione della richiesta stessa, ai sensi del citato decreto legislativo.

Data _____

Firma _____

