

MODULO RIMBORSO VISITE MEDICHE**COGNOME****NOME****COMUNE DI NASCITA****DATA****COMUNE DI RESIDENZA****CAP****INDIRIZZO****N°****CODICE FISCALE****CELLULARE****IBAN****TITOLARE DELLA DITTA****DENOMINAZIONE****PARTITA IVA****SEDE LEGALE****Ai sensi del Bando EBAT Potenza chiede che il contributo per :**☐ **Rimborso del costo delle spese per le visite mediche sostenute nell'anno 2025****Allegati da presentare:**

- Copia fattura quietanzata del medico competente per le visite mediche, con indicazione dei lavoratori visitati;
- Busta paga/Uniemens relativa al mese in cui è stata effettuata la visita medica, e la successivo;
- Copia documento di riconoscimento valido del richiedente;
- Attestato di titolarità del conto corrente (Certificazione codice IBAN).

Ai sensi dell'art. 13 del Dlgs n. 196/2003, dichiara di acconsentire al trattamento dei suoi dati personali per le finalità strettamente connesse alla presente domanda.

Luogo e data _____ Firma _____