



MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO
(artt. 10.1 - 10.2 - 10.3 - 10.4 del Regolamento Fila)

- 1) Cure dentarie e protesi**
- 2) Visite specialistiche**
- 3) Protesi oculistiche**
- 4) Premio studio** (scuola elementare – scuola media inferiore
 scuola media superiore – università)

Ragione Sociale : _____

Dati relativi al/alla dipendente/collaboratore familiare:

Cognome :	Nome:		
Residente in via :	cap:	citta:	prov.:
Nato/a il	a		
codice fiscale:	tel./ cell.		
data assunzione:			
data cessazione :			
Cod. iban (rif. Bancari):			

_____ li _____

 Il /La Dipendente

Documentazione richiesta per i punti **1) 2) e 3)** Fatture o ricevute e per il punto **4)** allegare certificati di frequenza o fotocopia bollettini tasse universitarie, certificato di laurea, Cof. Fisc. dei figli studenti, dichiarazione dello studente. Per il punto **1)** allegare inoltre la dichiarazione del dentista attestante il numero dei denti trattati.

Allegare per ogni punto autocertificazione dichiarazione stato di famiglia.

La documentazione allegata alla presente richiesta di rimborso (fatture, ricevute,) **può essere inviata in fotocopia**

Si allegano le seguenti fatture: