



MODULO RIEPILOGO SPESE SOSTENUTE

FRANCHIGIE ASSICURAZIONE SANITARIA POSTEVITA - ANNO 2025

Dati anagrafici del dipendente

COGNOME																						
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOME																						
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA DI NASCITA			-			-				
-----------------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Descrizione sintetica a **giustificazione** delle spese sostenute

1. Elenco delle spese sostenute

Euro

1)	_____	_____
2)	_____	_____
3)	_____	_____
4)	_____	_____
5)	_____	_____
6)	_____	_____
7)	_____	_____
8)	_____	_____
9)	_____	_____
10)	_____	_____

Luogo e data

Firma del richiedente

Ai fini dell'erogazione del sussidio, il sottoscritto acconsente al trattamento dei propri dati personali sensibili ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e dell'art.13 GDPR "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché alla memorizzazione degli stessi nel database dell'Ente

Luogo e data

Firma del richiedente