

## Richiesta di Rimborso

### VISITE MEDICHE AZIENDALI

#### A-DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a, \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

C.a.p. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

#### B- DATI ANAGRAFICI AZIENDA

Ragione sociale \_\_\_\_\_

Codice Fiscale/P.iva \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto, di cui al punto (a), legale rappresentante dell'azienda di cui al punto (b), essendo a conoscenza del regolamento dei servizi di E.LAV. - ENTE BILATERALE DEI LAVORATORI, dichiara di aver sostenuto una spesa per visite mediche aziendali di cui allega regolare fattura o pezza giustificativa e richiede un rimborso del 50% secondo i parametri massimi di finanziamento indicati dal regolamento dell'ente**

#### DOCUMENTI RICHIESTI:

- ☐ Documento di identità del legale rappresentante (copia)
- ☐ Fattura visite mediche aziendali
- ☐ Elenco dipendenti sottoposti a visita medica

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### Desidero ricevere il versamento tramite bonifico bancario al c/c:

Banca \_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_

**CODICE IBAN (composto da 27 caratteri alfanumerici)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Il sottoscritto, ricevuta l'informativa di cui all'artt. 13,14,15,16,17,18,19,20, 21,22 Reg Eu. 2016/679 Reg Eu. 2016/679, esprime il consenso al trattamento dei dati che mi riguardano, da parte dell'E.LAV. - ENTE BILATERALE DEI LAVORATORI, di E.LAV. Veneto e delle società o organizzazioni legate a E.LAV. per le finalità istituzionali, connesse o strumentali nonché alla comunicazione dei miei dati personali nei limiti previsti dalla citata informativa e quando ciò sia funzionale, all'esecuzione delle operazioni e dei servizi offerti.

– Desidero ricevere via e-mail notifica di pagamento ☐ SI ☐ NO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_