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 _____

Richiesta spese farmaci Sig. /Sig.ra_____del ____/____/_____

Sez. A
Compilazione a cura del RICHIEDENTE

Codice ministeriale del farmaco (*)	Importo richiesto (euro)
TOTALE RICHIESTO	

(*) Codice presente sullo scontrino o sulla ricevuta. Ove assente indicare il nome commerciale

Sez. B
Compilazione a cura del MEDICO INAIL

CODICE INAIL FARMACO RIENTRANTE TRA QUELLI DI CUI ALL'ALLEGATO N.1 Circolare 30/2014	RIMBORSABILE (SI/NO)	Importo rimborsabile (euro)
	TOTALE RIMBORSABILE	

Sez. C

Il sottoscritto dott. _____

ATTESTA

che i farmaci, acquistati a seguito di prescrizione medica dal Signore/Signora (cognome e nome):

_____

Infortunio/malattia professionale n. _____ del_____/_____/_____

da me indicati nel prospetto di cui sopra, rientrano tra quelli previsti dall'elenco allegato 1 alla Circolare Inail 30/2014 e sono necessari per il miglioramento dello stato psico-fisico dell'assicurato, in relazione alla patologia causata dall'evento lesivo di natura lavorativa, ai sensi dell'art.11, comma 5 bis d. lgs. 81/2008 e s.m.i..

DATA _____ **FIRMA** _____