**Allegato 4 alla circ. n. 5/2021**

INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO
**Sede di**

Caso n.
del
Vs. RIF.

Data

Sig/Sig.ra.

**Oggetto:** Richiesta rimborso spese farmaci.
Infortunio/malattia professionale n. del

In riferimento alla richiesta in oggetto, si comunica che la stessa è stata accolta.

Si fa presente che seguirà apposita comunicazione inerente il pagamento delle spese in oggetto.

Distinti saluti.

Il Responsabile del provvedimento