

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