



ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE  
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

**Sede di**

Caso n.  
del  
Vs. RIF.

Data

Sig/Sig.ra.

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

In riferimento alla richiesta in oggetto, si comunica che la stessa è stata respinta in quanto:

- o il caso non è stato riconosciuto come infortunio sul lavoro o malattia professionale;
- o non è pervenuta la documentazione richiesta;
- o la richiesta è pervenuta oltre i limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge;
- o il rimborso dei farmaci indicati e necessari al miglioramento dello stato psico-fisico in relazione alla patologia causata dall'evento lesivo di origine lavorativa non è previsto in assenza di postumi permanenti e/o di inabilità temporanea assoluta;
- o i farmaci non sono stati ritenuti indicati e necessari per il miglioramento dello stato psico-fisico in relazione alla patologia causata dall'evento lesivo di origine lavorativa;
- o i farmaci non rientrano tra quelli rimborsabili.

Distinti saluti.

Il Responsabile del provvedimento