

Allegato 2 alla circ. n. 5/2021  
**Foglio 1**

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, indicati e 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 \_\_\_\_\_

