MODALITA' DI RICHIESTA PRESTAZIONE

- ✓ Lavoratore = rimborso della spesa sostenuta con limite annuale di € 150,00 per tutte le prestazioni;
- ✓ ogni richiesta di rimborso deve corrispondere ad una singola fattura/ricevuta;
- ✓ le richieste che prevedono un rimborso inferiore di € 25,00 non verranno ammesse;
- ✓ le richieste devono pervenire all'Ente entro 60 giorni dalla data della fattura/ricevuta;
- ✓ Le richieste devono essere presentate con il modulo presente nella pagina seguente tramite e-mail o

  Posta Elettronica Certificata, compilata in ogni sua parte e allegando tutta la documentazione richiesta da ciascun servizio, ad uno dei seguenti recapiti:

  - via e-mail agli indirizzi: info@ebiuni.it
  - via PEC all'indirizzo: ebiuni@pec.it
- ✓ In caso di richiesta documentazione aggiuntiva od integrativa da parte dell'EBIUNI, il richiedente ha tempo 30 giorni per integrare quanto richiesto prima che venga respinta la prestazione.

Spazio riservato EBIUNI

Prot.
Del
Importo €

Richiesta CONTRIBUTO per VISITE SPECIALISTICHE

(a) DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Cognome…… **Nome**……..

Nato/a a…… (……) **il**…… **C.F.** ……

Indirizzo…… **CAP**…… **Comune** ……(……)

CCNL…… **Qualifica**……**Livello**……

Cellulare …… **E-mail**……..

(b) DATI ANAGRAFICI AZIENDA

Ragione Sociale……

Partita IVA…… **Codice Fiscale**……

Indirizzo…… **CAP**…… **Comune** ……(……)

Telefono…… **FAX**…… **E-mail**……

Referente Aziendale …… **Settore/Attività**……

Documenti allegati:

☐ Documento di riconoscimento del richiedente ☐ Ricevuta/Fattura del pagamento prestazione medica

☐ Dichiarazione dell'Impresa che certifichi che il lavoratore sia dipendente (Lavoratore) ☐ Visura Camerale (Datore di Lavoro)

Il sottoscritto, di cui al punto (a), appartenente all'azienda di cui al punto (b), essendo a conoscenza delle modalità di erogazione del contributo, dichiara di aver sostenuto il giorno _____ una visita specialistica di cui allega regolare ricevuta/fattura e richiede un rimborso della spesa sostenuta secondo i parametri massimi di finanziamento indicati dall'Ente Bilatarela EBIUNI.

Data…… Firma…….

Desidero ricevere il versamento tramite bonifico bancario al c/c:

Banca **Agenzia**

CODICE IBAN (composto da 27 caratteri alfanumerici)

Il sottoscritto, ricevuta l'informativa di cui al Reg Eu. 2016/679 esprime il consenso al trattamento dei dati all'EBIUNI per le finalità istituzionali, connesse o strumentali dell'Ente nonché alla comunicazione dei miei dati personali nei limiti previsti dalla citata informativa e quando ciò sia funzionale all'esecuzione delle operazioni e dei servizi offerti.

- *Desidero ricevere informazioni sui servizi e sulle attività di **EBIUNI*** ☐ *SI* ☐ *NO*

Firma…….