MODULO RIEPILOGO SPESE SOSTENUTE
FRANCHIGIE ASSICURAZIONE SANITARIA CASPIE - ANNO 2024

Dati anagrafici del dipendente

COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	- -

Descrizione sintetica a **giustificazione** delle spese sostenute

1. Elenco delle spese sostenute Euro

1) _____ _____

2) _____ _____

3) _____ _____

4) _____ _____

5) _____ _____

6) _____ _____

7) _____ _____

8) _____ _____

9) _____ _____

10) _____ _____

_____ _____
Luogo e data Firma del richiedente

Ai fini dell'erogazione del sussidio, il sottoscritto acconsente al trattamento dei propri dati personali sensibili ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e dell'art.13 GDPR "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché alla memorizzazione degli stessi nel database dell'Ente

_____ _____
Luogo e data Firma del richiedente

Il mancato consenso al trattamento dei dati non permette l'esame della richiesta e pertanto l'erogazione del sussidio.