

RICHIESTA CONTRIBUTO ORDINARIO – MODELLO 1

Cognome		Nome			
Matricola		Nato a		il	
Residente a		Categoria			
Telefono ufficio		Cellulare			
@mail ufficio		@regione.calabria.it			
Dipartimento		Sede			

CHIEDE

un contributo ordinario per il personale in servizio a tempo indeterminato e per i loro familiari fiscalmente a carico per

prestazioni odontoiatriche e cure ortodontiche

visite specialistiche prescritte dal medico di base

accertamenti diagnostici strumentali di alta tecnologia prescritti dal medico di base

protesi prescritte dallo specialista

occhiali da vista e lenti a contatto prescritte dallo specialista (oculista)

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

n° _____ certificazione in originale rilasciata dal medico di base attestante la necessità delle visite specialistiche o accertamenti diagnostici strumentali di alta tecnologia

n° _____ certificazione in originale rilasciata dal medico specialista per acquisto di protesi

n° _____ certificazione in originale rilasciata dal medico specialista (oculista) per ogni acquisto di lenti a contatto e occhiali da vista

n° _____ fatture o ricevute in originale delle spese sostenute complete delle generalità del fruitore delle prestazioni

autocertificazioni per richiesta contributo (Modello A)

autocertificazione fiscalmente a carico (Modello B)

data

Firma
