

Domanda di Assistenza Sanitaria - Anno 2025 - Benefici Socio-Assistenziali per Il Personale Inail del Comparto Istruzione e Ricerca

1 di 7

DATI ANAGRAFICI	DATI DEL RICHIEDENTE
	MATRICOLA COGNOME e NOME
DATI RICHIESTE	DICHIARAZIONI
	☐ Dichiarazione per genitori entrambi dipendenti dell'istituto: Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, di presentare la presente domanda di comune accordo con l'altro genitore: Cognome e Nome DICHIARAZIONE ISEE ☐ Dichiaro ISEE** ☐ Dichiaro Isee minorenni** ☐ Non dichiaro ISEE Importo ISEE _____ € (**) Allegare relativa dichiarazione
	ALLEGATI
	Allego distinta di fatture per ☐ Prestazioni (allegare fatture) ☐ Presidi Medici (allegare fatture e prescrizioni) ☐ Prestazioni per Beneficiario invalido al 100% e riconosciuto con handicap grave ex Legge 104/92 art. 3 comma 3 (allegare fatture, verbale d'invalidità e verbale riconoscimento ai sensi della Legge 104/92) ☐ Dispositivi Medici per Beneficiario invalido al 100% e riconosciuto con handicap grave ex Legge 104/92 art. 3 comma 3 (allegare fatture, prescrizioni, verbale di invalidità e verbale riconoscimento ai sensi della Legge 104/92)

Domanda di Assistenza Sanitaria - Anno 2025 - Benefici Socio-Assistenziali per Il Personale Inail del Comparto Istruzione e Ricerca

2 di 7

- ☐ Io sottoscritto/a, consapevole della responsabilità civile e penale in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o di 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, dichiaro che i dati sopra riportati corrispondono al vero.

Mi impegno, altresì, a comunicare qualsiasi variazione che dovesse intervenire nella situazione autocertificata, entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.

- ☐ Dichiaro di non aver richiesto altri benefici per le prestazioni/presidi indicati nella presente domanda
- ☐ Dichiaro che i benefici richiesti sono riferiti a me o a familiari fiscalmente a mio carico

Allegata la seguente documentazione:

- ☐ Documento di identità.....
- ☐ Fatture
- ☐ Prescrizioni mediche
- ☐ ISEE
- ☐ Altro (specificare la tipologia di documentazione)

Data _____

Firma del richiedente_____

Domanda di Assistenza Sanitaria - Anno 2025 - Benefici Socio-Assistenziali per Il Personale Inail del Comparto Istruzione e Ricerca
Richieste

Visite Specialistiche

Specializzazione ¹	Beneficiario	N. Fattura	Data fattura	Importo

¹ Consultare elenco allegato

Domanda di Assistenza Sanitaria - Anno 2025 - Benefici Socio-Assistenziali per Il Personale Inail del Comparto Istruzione e Ricerca

Richieste

4 di 7

Presidi medici

[illegible]

Domanda di Assistenza Sanitaria - Anno 2025 - Benefici Socio-Assistenziali per Il Personale Inail del Comparto Istruzione e Ricerca

Richieste per Beneficiario invalido al 100% e riconosciuto disabile grave ex Legge 104/92 art.3 comma 3

5 di 7

Visite Specialistiche

Specializzazione ²	Beneficiario	N. Fattura	Data fattura	Importo

² Consultare elenco allegato

Domanda di Assistenza Sanitaria - Anno 2025 - Benefici Socio-Assistenziali per Il Personale Inail del Comparto Istruzione e Ricerca

Richieste per Beneficiario invalido al 100% e riconosciuto disabile grave ex Legge 104/92 art.3 comma 3

6 di 7

Presidi Medici

[illegible]

Domanda di Assistenza Sanitaria - Anno 2025 - Benefici Socio-Assistenziali per Il Personale Inail del Comparto Istruzione e Ricerca

Elenco Specializzazioni Mediche

7 di 7

Allergologia
Angiologia
Cardiologia
Chirurgia
Dermatologia
Dermatologo
Dermosifilopatia
Diabetologia ed endocrinologia
Dietologo
Ematologia
Endocrinologo
Gastroenterologo
Ginecologia e ostetricia
Ginecologo
Logopedista
Medicina fisica e riabilitativa
Medicina interna
Neurologia
Nutrizionista
Oculistica
Odontoiatra (visita)
Oncologo (visita)
Ortopedia
Otorinolaringoiatra
Pediatra
Pneumologia
Psichiatria
Reumatologia
Terapia psicologica
Urologia
Visita medica
Altro