MODULO RIMBORSO CERTIFICATO MEDICO/ ANTRAG AUF ERSTATTUNG DES ÄRZTLICHEN ZEUGNISSES MIT BEIGEFÜGTER QUITTUNG

(Allegato n. 3/ Anhang 3)

Al **Comitato Italiano Paralimpico**
Via Flaminia Nuova, 830 - 00191 ROMA
CF/P.IVA 14649011005

Oggetto: richiesta di rimborso spese certificato medico/ Antrag auf Kostenerstattung Ärztliches Attest

Il sottoscritto/der Unterzeichneter _____

Nato/a
a/Geburstsort _____ Il/am _____

Residente a/ Wohnort _____ Prov. _____

In via/ Adresse _____

C F | | | | | | | | | | | | | | | | |

Assistito della sede INAIL/Betreut der INAL _____

chiede di ricevere la somma di €/ beantragt die Erstattung von €: _____

(in lettere/ in Buchstaben: _____ /00)

a titolo di rimborso per le spese sostenute per il certificato medico sportivo per partecipare al "Campus Estivo CIP - INAL EMILIA ROMAGNA, TRENTO E BOLZANO"/ für die Erstattung der Kosten für das ärztliche Sportliche Zeugnis für die Teilnahme am "Sommer Camp CIP – INAIL EMILIA ROMAGNA, TRIENT UND BOZEN"

da accreditare presso il seguente c/c/ auf das folgende Konto:

IBAN:

I	T																									

Si allega ricevuta di pagamento del certificato/ Die Quittung der Zahlung des Arztlichen Zeugnisses wird beigelegt.

_____ , _____
(Luogo, Data)/(Ort, Datum)

FIRMA/UNTERSCHRIFT

_____