



# Modulo riesame pratica

## MODALITÀ COMPILAZIONE

In caso di mancato accoglimento della richiesta di rimborso, l'iscritto può chiedere al Fondo il riesame della pratica compilando il **seguito** modulo.

**Tale modulo** deve pervenire **firmato in tutte le sue parti** entro 30 giorni dalla comunicazione di esito dell'istruttoria. Non saranno prese in considerazione richieste pervenute dopo il termine stabilito. La Direzione del Fondo comunicherà all'iscritto l'esito del riesame entro 30 giorni dal giorno di ricezione della richiesta.

## MODALITÀ INVIO

Il presente modulo deve essere inviato scegliendo una delle seguenti modalità:

- o e-mail: **info@sanifonds.tn.it**
- o fax: **0461.1738969**
- o Consegna cartacea: esclusivamente previo appuntamento telefonico (0461.1919742)

## Numero di pratica oggetto di riesame

18/ \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Dati per l'istruttoria del riesame

### DIPENDENTE ISCRITTO PRINCIPALE

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E-mail <sup>(a)</sup> \_\_\_\_\_

Datore di lavoro \_\_\_\_\_

*(a) Per ricevere l'esito del riesame da parte del Fondo è necessario inserire un indirizzo mail*

### Compilare solo se la richiesta si riferisce a un familiare

#### FAMILIARE PER CUI SI CHIEDE IL RIESAME

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

## Elementi per il riesame da parte del Fondo

Barrare la casella di proprio interesse ed esplicitare la motivazione della richiesta di riesame

- Tipologia di spesa parzialmente o integralmente non ritenuta ammissibile da parte del Fondo

Motivazione per cui si chiede il riesame

---

---

---

- Documento giustificativo di spesa non ritenuto ammissibile da parte del Fondo

Motivazione per cui si chiede il riesame

---

---

---

- Pratica non pervenuta al Fondo\*

*\* Il riesame è ammesso fino al termine di 90 giorni dal termine della campagna rimborsuale 2018. La richiesta deve essere accompagnata dalla documentazione (ad es. ricevuta fax con esito positivo) che attesti l'avvenuto invio al Fondo della pratica rimborsuale entro il termine previsto dalla finestra di riferimento*

- Altra motivazione per cui si chiede il riesame

---

---

---

Luogo e Data

---

Firma iscritto

---

### **In caso di richiesta di riesame per familiare**

Luogo e Data

---

Firma\*

---

(firma del familiare se maggiorenne, o se minore d'età, di chi esercita la patria potestà)

\* firma obbligatoria