

## MODULO REVISIONE PRATICA\_MOD.REV

Compilare e spedire a FASCHIM c/o PosteWelfare Servizi srl Viale Beethoven 11 – 00144 Roma RM

### DATI ISCRITTO

--	--	--	--	--	--	--

CODICE FASCHIM

COGNOME

NOME

RECAPITO TELEFONICO

INDIRIZZO EMAIL (importante per essere contattati dal Fondo)

### FAMILIARE (solo se la pratica per cui si chiede revisione è di un familiare)

COGNOME

NOME

### REVISIONE PRATICA:

NUMERO RICHIESTA DI RIMBORSO  
OGGETTO DEL RECLAMO

NUMERO FATTURA DI RIMBORSO  
OGGETTO DEL RECLAMO

MOTIVO DEL RECLAMO:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Allegati \_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

✓ Firma del dipendente iscritto principale \_\_\_\_\_