

MODULO REVISIONE PRATICA_MOD.REV

Compilare e spedire in fotocopia a FASCHIM C/O WELION Casella Postale 5007 - 37138 VERONA

DATI ISCRITTO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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: inserire entrambi i numeri richiesti

Art.19 del Regolamento: L'iscritto può chiedere la revisione della pratica **entro 12 mesi** dalla data della lettera di liquidazione.

Inserire NUMERO RICHIESTA DI RIMBORSO OGGETTO DEL RECLAMO	<input type="text"/>
Inserire NUMERO FATTURA	<input type="text"/>

MOTIVO DEL RECLAMO:

Allegati _____

Data ___/___/____

✓ Firma del dipendente iscritto principale _____