

MODULO DI RICHIESTA VISITA FISCALE AL

DISTRETTO 6

DISTRETTO 9

DISTRETTO 11

DISTRETTO 12

ENTE RICHIEDENTE: _____

PUBBLICO

PRIVATO

DATI FISCALI AI FINI DELLA FATTURAZIONE

Compilazione obbligatoria di tutti i campi riservata al richiedente

| |
|--|
| Codice univoco IPA : _____ |
| Denominazione sociale: _____ |
| Indirizzo: _____ |
| c.a.p.: _____ Città (PR) _____ |
| P.IVA: _____ Codice fiscale: _____ |

FATTURA DA TRASMETTERE A (solo per fatture non elettroniche):

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

SI RICHIEDE VISITA FISCALE PER IL DIPENDENTE

Compilazione obbligatoria di tutti i campi riservata al richiedente

| | |
|--|----------------------------------|
| Cognome: _____ | Nome: _____ |
| Data di nascita: _____ | C.F.: _____ |
| Domicilio di malattia: _____ | |
| Data inizio malattia: _____ | Data fine malattia: _____ |
| <i>La visita sarà effettuata nel periodo di malattia</i> | |
| Note _____ | |

COMPILAZIONE RISERVATA ALLA ASL RM/C Medicina Legale – Visite fiscali

| | |
|-------------------------|------------------------------|
| Referto n: _____ | Visita in data: _____ |
|-------------------------|------------------------------|

- | | |
|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> Visita ambulatoriale di controllo eseguita in giorno feriale | € 14,46 |
| <input type="checkbox"/> Visita ambulatoriale di controllo eseguita in giorno festivo | € 26,66 |
| <input type="checkbox"/> Visita eseguita per mancata reperibilità del lavoratore in giorno feriale <input type="checkbox"/> festivo <input type="checkbox"/> | € 9,30 |
| <input type="checkbox"/> Visita domiciliare di controllo eseguita in giorno feriale | € 20,66 |

Si ricorda che i referti vanno richiesti direttamente al distretto competente