

Corpo VV.F.volontari di

.....

Alla
Provincia Autonoma di
Trento Cassa Provinciale
Antincendi Via Secondo da
Trento, n. 2

38121 - TRENTO

cassa.antincendi@pec.provincia.tn.it

DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE PER L'EFFETTUAZIONE DEGLI ACCERTAMENTI SANITARI AI FINI DELLA VERIFICA DEI REQUISITI PSICO-FISICI RICHIESTI PER DELL'ATTESTAZIONE DELL'IDONEITÀ AL SERVIZIO E PER L'ACCERTAMENTO DELL'IDONEITÀ FISICA E PROFESSIONALE ALL'ATTIVITÀ DI ADDETTO AL SERVIZIO ANTINCENDIO PRESSO L'AEROPORTO CAPRONI DI MATTARELLO E LE ELISUPERFICI SOPRAELEVATE PRESENTI SUL TERRITORIO PROVINCIALE

(deliberazione Giunta Provinciale n. 1689 dd. 28 ottobre 2020)

Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome nome

nato/a a il / /

codice fiscale

nella sua qualità di Comandante del Corpo dei vigili del fuoco volontari di

posta elettronica/ posta elettronica certificata (PEC)

codice fiscale del corpo

CHIEDE

il rimborso della spesa sostenuta per l'effettuazione degli accertamenti sanitari ai fini della verifica dei requisiti psico-fisici richiesti per dell'attestazione dell'idoneità al servizio quale vigile del fuoco volontario/per l'accertamento dell'idoneità fisica e professionale all'attività di addetto al servizio antincendio presso l'aeroporto caproni di Mattarello e le elisuperfici sopraelevate presenti sul territorio provinciale, nei termini riportati nel prospetto allegato.

Luogo e data

IL COMANDANTE

.....

- Allegati:
- fatture/ricevute fiscali;
 - prescrizione del MMG o APSS per ulteriori esami visite;
 - informativa privacy;
 - copia del documento di identità del sottoscrittore.