

Spett. INAIL, Sede territoriale di .....

Oggetto: richiesta rimborso certificati medici

il sottoscritto....., codice fiscale %....., nato a ..... il %..... residente in ....., Via ....., n....., con la presente, chiede il rimborso dei certificati medici d'infortunio rilasciati dal Dr. ....in data ..... per un'importo totale pari a Euro ..... dei quali si allegano, alla presente, le relative ricevute fiscali.

Tale richiesta deriva dalle numerose sentenze emesse dalla Magistratura che ha stabilito: "I compensi corrisposti al Medico Curante per il rilascio dei certificati relativi ad infortunio sul lavoro, ed anticipati dall'infortunato, sono a carico dell'INAIL" (confronta sentenze del Pretore del Lavoro di Asti del 07/02/1990, e quelle della Suprema Corte di Cassazione n.1749 del 19/02/1991, n.3039 del 21/03/1991, n. 6191 del 23/05/1992 e n.10959 del 08/10/1992)".