

**Foglio di controllo per l'indennità per vitto**

Voglia segnare con una crocetta i giorni di calendario per ogni giorno effettivo di assenza per riforma professionale risp. accertamento professionale per più di 5 ore o per più di 8 ore al giorno. Questo foglio di controllo deve essere allegato alla fattura.

Cognome e nome

Numero d'assicurato

Mese, anno		Mese, anno		Mese, anno	
più di 5 ore	più di 8 ore	più di 5 ore	più di 8 ore	più di 5 ore	più di 8 ore
1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	19	<input type="checkbox"/>	19	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	20	<input type="checkbox"/>	20	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	21	<input type="checkbox"/>	21	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>	22	<input type="checkbox"/>	22	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>	23	<input type="checkbox"/>	23	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>	24	<input type="checkbox"/>	24	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>	25	<input type="checkbox"/>	25	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>	28	<input type="checkbox"/>	28	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>	29	<input type="checkbox"/>	29	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>	31	<input type="checkbox"/>	31	<input type="checkbox"/>
Numero di giorni	Numero di giorni	Numero di giorni	Numero di giorni	Numero di giorni	Numero di giorni

Luogo/data

Firma