**DOMANDA DI CONCORSO SPESE
DA PRESENTARE ENTRO IL 60° GG
DALLA DATA DELLA FATTURA**
Tel. 051/236139 – Fax 051/237625
info@cmebologna.it – www.cmebologna.it

Data, _____

Spett.le
CASSA MUTUA EDILE DELLA
PROVINCIA DI BOLOGNA
Via del Porto 30
40122 BOLOGNA BO

Il sottoscritto _____ nato il _____

residente a _____ Via _____

alle dipendenze della Ditta _____

Eventuali altre Casse Edili a cui richiedere le ore _____

CHIEDE

Il concorso delle spese sostenute per:

- protesi dentarie
- cure dentarie e ortodontiche
- acquisto occhiali da vista

come previsto dal Regolamento di Codesta Cassa Mutua Edile. –
In attesa, ringrazia e saluta distintamente. –

(firma)

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Per protesi e cure dentarie:

- **Copia** fattura del Professionista **con l'indicazione dettagliata degli interventi effettuati secondo la terminologia odontoiatrica. –**

Per acquisto occhiali:

- Prescrizione medica;
- **Copia** fattura dell'Ottico che ha effettuato la fornitura.

N.B. Per le richieste a favore di figli a carico:

- Stato di famiglia in corso di validità timbrato e firmato da pubblico ufficiale del Comune (**no autocertificazioni**)
- se il figlio ha superato i 15 anni di età inviare dichiarazione Sostitutiva dell' Atto Notorio autenticata in Comune

SPAZIO RISERVATO ALLA CASSA MUTUA EDILE

- Codice Lavoratore _____

- La domanda è pervenuta entro 60 gg. dalla data della fattura _____ [SI] [NO]

- Iscrizione all'atto dell'evento _____ [SI] [NO]

- Adesione _____ [SI] [NO]

- Requisito n. 2100 ore di iscrizione alla Cassa Edile della Provincia di Bologna – nei 2 anni precedenti la data della richiesta di rimborso _____ [SI] [NO]

- **IMPORTO DA LIQUIDARE = _____ Euro _____**