

SPAZIO RISERVATO ALLE CASSE EDILI:

COD. LAV. _____ COD. IMP. _____

Prot. n. _____ Stato _____

Note _____

Note _____

Timbro Cassa Edile:

**ALLE CASSE EDILI
DELLA PROVINCIA DI MODENA
VIA SANTI n. 6 - 41123 Modena (MO)**

IN NOME E PER CONTO DEL RICHIEDENTE, DOMANDA PRESENTATA DA:

**DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE SOSTENUTE NELL'ANNO 2014
LA DOMANDA VA PRESENTATA ENTRO E NON OLTRE IL 31 LUGLIO 2015**

IL SOTTOSCRITTO _____ NATO IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

TEL _____ EMAIL _____ DIPENDENTE DELL'IMPRESA _____

CHIEDE

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute nell'anno 2014 come definito dall'accordo del Luglio 1995 e successive modifiche e allo scopo

DICHIARA

Di essere a conoscenza di quanto segue:

- La prestazione verrà erogata esclusivamente in presenza della regolarità contributiva da parte dell'impresa / datore di lavoro;
- Il rimborso compete per le spese sanitarie, sostenute nel corso dell'anno 2014, per le quali viene riconosciuta la detrazione ai fini fiscali;
- L'importo del rimborso viene determinato applicando una franchigia pari al 10% del reddito medio pro capite della famiglia e riducendo l'importo del rimborso della detrazione d'imposta riconosciuta ai fini Irpef;

Si richiede il pagamento tramite **BONIFICO BANCARIO O POSTALE** - come di seguito indicato:

► **NOTA** : Completare con tutti i dati **IBAN** richiesti o il conto non sarà ritenuto valido:

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N. CONTO
2 lettere	2 numeri	1 lettera	5 numeri	5 numeri	12 caratteri alfanumerici
ISTITUTO BANCARIO / UFF. POSTALE				Agenzia BANCA / POSTA di:	
IL CONTO E' INTESTATO A: (se gli intestatari sono più di uno indicare tutti i nomi)					

Salvo diverse comunicazioni, l'IBAN compilato, verrà utilizzato per tutti i pagamenti successivi effettuati dalla Cassa Edile al lavoratore

LA DOMANDA VA PRESENTATA - ENTRO IL 31/07/2015 - **COMPLETA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

- 1) DICHIARAZIONE DEI REDDITI** (Mod. Unico, Mod. 730 completi di tutte le pagine)
relativa all'anno d'imposta 2014 DEL LAVORATORE, DELLA MOGLIE
(anche se non fiscalmente a carico) E DI TUTTI GLI ALTRI
COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO
(per i familiari il cu2015, può essere allegato solo nel caso non vi sia
l'obbligo di altra dichiarazione)

Le Casse Edili, allo scopo di acquisire tutti gli elementi necessari alla verifica dei requisiti, potranno richiedere:

- Lo Stato di Famiglia del lavoratore richiedente
- Copia delle Spese Sanitarie oggetto della domanda di rimborso

FIRMA DEL RICHIEDENTE

DATA _____