

Spett.

Cassa Edile della Provincia di  
Messina  
Via Dogali, 20  
98123 Messina

**OGGETTO : Domanda di rimborso Cure Dentarie.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, dipendente  
della Ditta \_\_\_\_\_ CHIEDE a Codesta Cassa edile il rimborso della  
prestazione in oggetto a norma del Vs. Regolamento delle Prestazioni.

Alla presente allega ricevuta fiscale in originale attestante la spesa sostenuta.

Distinti Saluti

IL LAVORATORE

All. : 1

\_\_\_\_\_, li' \_\_\_\_\_

N.B. : La presente deve essere presentata, completa degli allegati, entro 60 gg. dalla data dell' evento.