

SPAZIO RISERVATO ALLE CASSE EDILI:

COD. LAV. \_\_\_\_\_ COD. IMP. \_\_\_\_\_

Prot. n. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

Timbro Cassa Edile:

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

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

**DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE SOSTENUTE NELL'ANNO 2015  
LA DOMANDA VA PRESENTATA ENTRO E NON OLTRE IL 31 LUGLIO 2016**

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ NATO IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_ DIPENDENTE DELL'IMPRESA \_\_\_\_\_

Salvo diverse disposizioni, l'email indicata verrà utilizzata per le successive comunicazioni.

**CHIEDE**

**Il rimborso delle spese sanitarie sostenute nell'anno 2015 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 2015, 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 31/07/2016 - **COMPLETA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

- 1) DICHIARAZIONE DEI REDDITI** (Mod. Unico, Mod. 730 completi di tutte le pagine)  
relativa all'anno d'imposta 2015 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 la cu2016, 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 \_\_\_\_\_