

IN NOME E PER CONTO DEL SIG.:
DOMANDA PRESENTATA DA:

Timbro Cassa Edile:

SPAZIO RISERVATO ALLE CASSE EDILI:
Cod. Lav. _____ Cod. Imp. _____
Prot. n. _____ Stato _____
Note _____
Note _____
Note _____

Alle Casse Edili della Provincia Di Modena
Via Santi 6 – 41123 Modena

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE SOSTENUTE NELL'ANNO 2017

LA DOMANDA DI RIMBORSO POTRA' ESSERE PRESENTATA **ENTRO E NON OLTRE IL 31/07/18**
COMPLETA DEI SEGUENTI DOCUMENTI OBBLIGATORI:

-DICHIARAZIONE DEI REDDITI, RELATIVA ALL'ANNO D'IMPOSTA 2017, DEL LAVORATORE, DEL CONIUGE (da presentare anche se il coniuge non è fiscalmente a carico) E DI TUTTI GLI ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO.

(La dichiarazione dei redditi: Modello Unico o Modello 730, deve essere presentata **completa di tutte le pagine comprendendo rispettivamente il riquadro RN e il prospetto di liquidazione** relativo all'assistenza fiscale presentata, cioè il riepilogo dei redditi). Si precisa che, diversamente dal coniuge, per gli altri familiari la copia della dichiarazione dei redditi è da presentare solo se fiscalmente a carico.

Per i familiari la Cu 2018, può essere allegata solo nel caso non vi sia l'obbligo di altra dichiarazione. In tal caso sarà necessaria una dichiarazione in carta libera, con data e firma.

IMPORTANTE

LA DOMANDA DOVRA' ESSERE PRESENTATA COMPLETA DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA.

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

- lo stato di famiglia del lavoratore richiedente
- copia delle spese sanitarie oggetto della domanda di rimborso

IL SOTTOSCRITTO (campo obbligatorio) _____

Nato il (campo obbligatorio) _____ Cod.Fisc.(campo obbligatorio) _____

CHIEDE

il rimborso delle spese sanitarie sostenute nell'anno 2017, come definito dall'accordo del Luglio 1995 e successive modifiche e integrazioni

DICHIARA

1) di essere residente nel comune di (campo obbligatorio) _____

in via (campo obbligatorio) _____ N. _____ cap _____ pr _____

telefono lavoratore (campo obbligatorio) _____ email lavoratore _____

2) Dichiaro inoltre 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 2017, 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

AUTORIZZA

1) Le Casse Edili di Modena ad accreditare la prestazione e tutti i futuri pagamenti a me spettanti, direttamente sul **proprio** conto corrente.

DA COMPILARE SOLO SE NON SI E' ANCORA PROVVEDUTO A COMUNICARE I PROPRI DATI BANCARI PRECEDENTEMENTE.

COORDINATE IBAN: (compilare obbligatoriamente tutti i campi)

PAESE <input type="text"/> <input type="text"/> 2 lettere	CIN EUR <input type="text"/> <input type="text"/> 2 numeri	CIN <input type="text"/> 1 lettera	ABI <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5 numeri	CAB <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5 numeri	N. CONTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 12 caratteri alfanumerici
PER BONIFICI ESTERI INDICARE					
Codice Bic / Swift 8 / 11 caratteri		Numero c/c		Cod. causale	
ISTITUTO BANCARIO / UFF. POSTALE			Agenzia BANCA / POSTA di:		
INTESTATARIO DEL C/C (Indicare il nome del LAVORATORE. <u>NON</u> indicare il nome degli eventuali cointestatori)					

- 2) Le Casse Edili di Modena ad utilizzare il Num. di Telefono sopra indicato per l'invio di sms informativi in relazione agli adempimenti ed alle prestazioni di competenza delle Casse Edili di Modena.
- 3) Le Casse Edili di Modena ad utilizzare l'indirizzo EMAIL sopra indicato per l'invio di comunicazioni, richieste di dati e/o informazioni e di documenti personali (mandati di pagamento, estratti conto, ecc...).
- 4) Il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente alle CASSE EDILI di MODENA le eventuali variazioni dei dati occorrenti per l'espletamento del servizio. La presente disposizione resterà valida per tutti i pagamenti a me dovuti, finché non provvederò ad inoltrarvi, per iscritto, disposizioni diverse da quanto oggi sottoscritto.

Data _____ Firma del lavoratore (campo obbligatorio) _____

INVIARE IL MODULO STAMPATO E FIRMATO A:

CASSE EDILI DELLA PROVINCIA DI MODENA Via Santi, 6 41123 Modena
tel. 059/9122207-12 fax 059/9122230

per invii telematici **allegare il file in formato PDF** ad **uno dei seguenti indirizzi** :

Email: assistenze@cassedilimodena.it

Pec. (posta certificata, da utilizzare solo per invii da Pec):

Ufficiomalattiemo00@pec.cassedilimodena.it - Ufficiomalattiemo03@pec.cassedilimodena.it