

SPAZIO RISERVATO ALLE CASSE EDILI:

Cod. Lav. _____ Cod. Imp. _____
Prot. n. _____ Stato _____
Note _____
Note _____
Note _____

Timbro Cassa Edile:

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

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

SUSSIDIO per la frequenza relativa ad ASILI NIDO, SCUOLE MATERNE e LEGGE 104

Le domande pervenute saranno esaminate entro il 30/11/2017.

LA DOMANDA DI RIMBORSO **POTRA' ESSERE PRESENTATA ENTRO E NON OLTRE IL 15/9/17**
COMPLETA DEI SEGUENTI DOCUMENTI OBBLIGATORI:

- **DICHIARAZIONE DEI REDDITI RELATIVA ALL'ANNO D'IMPORTA 2016 DEL LAVORATORE**
(La dichiarazione dei redditi: per i Modello Unico o Modello 730 deve essere presentata solo la pagina in cui vengono indicati i familiari fiscalmente a carico. La Cu 2017, 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.

- Per **ASILO NIDO**: certificato di frequenza relativo all'anno scolastico 2016/2017 RILASCIATO DOPO IL 30/6/17 CON L'INDICAZIONE DELLA DATA D'INIZIO E FINE FREQUENZA e L'INDICAZIONE DI TUTTE LE RETTE PAGATE (nel caso in cui il certificato di frequenza redatto dalla scola non contenga l'indicazione degli importi pagati, è possibile presentare copia di tutte le ricevute di pagamento delle rette)

- Per **SCUOLA MATERNA**: certificato di frequenza relativo all'anno scolastico 2016/2017 RILASCIATO DOPO IL 30/6/17 CON L'INDICAZIONE DELLA DATA D'INIZIO E FINE FREQUENZA o in alternativa copia di tutte le ricevute di pagamento (in cui sia indicato mese di frequenza e nominativo del figlio)

- Per **CENTRO GIOCHI** o altro: documentazione relativa al tipo di servizio ed ai costi sostenuti (NO CENTRO ESTIVO)

- Per **Sussidio L104/92 art. 3**: Ultimo certificato rilasciato dalla competente Commissione Medica.

LA DOMANDA VERRA' CONSIDERATA NEI TERMINI SOLO SE COMPLETA DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

IL SOTTOSCRITTO (campo obbligatorio) _____

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

Cognome Nome del figlio/a

(obbligat.) _____
Nato il (obblig.) _____

CHIEDE il Sussidio per:

ASILO NIDO
mesi freq.
LEGGE 104 ETA'

SCUOLA

Altro (specificare)

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 2016, 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: cinzia@cassedilimodena.it - milvia@cassedilimodena.it

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

Ufficiomalattiem00@pec.cassedilimodena.it - Ufficiomalattiem03@pec.cassedilimodena.it