



CASSA EDILE DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
 38123 TRENTO - via Ragazzi del '99, nr. 29 - tel. 0461.380140 - fax.
 0461.380160

www.cassaediletn.it e-mail: assistenza@cassaediletn.it

Il sottoscritto _____ codice C.E. _____

nato il _____ abitante a _____

via/fraz. _____ nr. _____

codice fiscale _____ dipendente dell'impresa _____

riconfermando la propria adesione alla Cassa Edile di Trento e dichiarando di accettarne lo Statuto e le Regolamentazioni chiede l'erogazione della seguente indennità, relativa a prestazioni specialistiche:

CURE DENTARIE AI FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO (figli fino al compimento dei 21 anni di età e/o coniuge)

per il figlio/a _____ nato/a il _____

per il coniuge _____ nata/o il _____

dichiara altresì:

- che lo/la stesso/a risulta a proprio carico non possedendo un reddito complessivo rilevante ai fini IRPEF superiore a € 2841,00 (duemilaottocentoquarantuno,00);
-
- che il costo della prestazione in oggetto è rimasto interamente a proprio carico e che non sono pendenti altre richieste di contributo presso altri Enti
- di acconsentire al trattamento dei dati personali – sia comuni che sensibili – ed alla loro comunicazione e diffusione per la realizzazione delle finalità istituzionali della Cassa Edile, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni.
- di essere a conoscenza che l'uso della presente richiesta, ai fini di ottenere benefici non dovuti, è perseguibile ai sensi dell'art. 640 del Codice Penale;

Informa che nei 24 mesi precedenti la data della fattura ha lavorato nelle province di:

.....

.

Data, _____

Firma del lavoratore _____

RISERVATO ALLA CASSA EDILE:



AUTOCERTIFICAZIONE dello STATO DI FAMIGLIA

(art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a
_____ il _____ residente a
_____ via _____ n. _____
dipendente della ditta _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione mendace (art. 26, legge 15/1968, richiamato dall'art. 6, comma 2, del D.P.R. n. 403/1998 e art. 489 codice penale – artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, nr. 445 e della decadenza dei benefici eventualmente ottenuti

DICHIARA

che lo stato di famiglia, è composto dalle seguenti persone:

Cognome e nome	Data di nascita	luogo di nascita	parentela	fiscalmente a carico			
				Si		No	
				Si		No	
				Si		No	
				Si		No	
				Si		No	
				Si		No	
				Si		No	
				Si		No	

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000

Informativa ai sensi del T.U. PRIVACY – codice della Privacy (in vigore dal 1/01/2004): i dati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data _____ firma del dichiarante _____
(per esteso e leggibile)

NOTE PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO

Indicare il grado di parentela delle persone e se sono o meno fiscalmente a carico.
Allegare copia della carta d'identità.

CURE DENTARIE PER FAMILIARI A CARICO

Il sottoscritto **medico curante**

consapevole delle responsabilità penali conseguenti alle false certificazioni (art. 481 C.P.)

DICHIARA

che le prestazioni specialistiche: **(in dettaglio)** _____

di cui alla fattura n° _____ di data _____ per l'importo di Euro _____ (_____)

sono state effettuate esclusivamente sulla persona di

nata/o il _____ codice fiscale _____

data

Timbro e firma del medico curante

NOTE PER IL MEDICO:

- L'uso indebito della presente dichiarazione, ai fini di ottenere benefici non dovuti, sarà perseguito ai sensi dell'art. 640 C.P. (truffa aggravata)
- **La fattura dovrà essere intestata esclusivamente al beneficiario delle prestazioni e dovrà riportare, nell'oggetto, la descrizione dettagliata delle prestazioni medesime.**

N.B. Per le cure effettuate all'estero , la documentazione allegata alla richiesta dovrà soddisfare le condizioni previste dalla normativa fiscale italiana per poter ottenere la detraibilità d'imposta.



DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO

La sottoscritta Ditta dichiara di avere alle proprie dipendenze **in provincia di Trento**,

il signor _____ nato il _____

dalla data del _____ alla data odierna.

Si dichiara inoltre che il familiare _____

nato/a il _____ risulta a carico del lavoratore avendo un reddito inferiore ad

€ 2.841,00 (duemilaottocentoquarantuno,00).

Informativa ai sensi del T.U. PRIVACY – Codice della Privacy (in vigore dal 01/01/2004): i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

_____ lì _____

Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro

N.B.: La dichiarazione deve essere redatta, datata, timbrata e firmata in data successiva alla fattura.

Documenti da allegare:

- dichiarazione del medico dentista;*
- fotocopia della fattura (non inviare l'originale);*
- autocertificazione stato di famiglia **con copia di documento d'identità**;*
- fotocopia del codice fiscale del familiare;*
- dichiarazione del datore di lavoro ai fini fiscali;*

Requisiti:

- *regolarità dei versamenti del datore di lavoro e presenza in provincia di Trento alla data della fattura;*
 - **2100 ore nei 24 mesi precedenti la data della fattura, delle quali 1000 lavorate in provincia di Trento;**
 - *la fattura deve essere intestata al familiare (o intestata al lavoratore con riferimento al familiare);*
 - *la richiesta di prestazioni deve tassativamente pervenire entro 12 mesi dalla data della fattura.*
- Il rimborso è pari al 60% della fattura con un massimo annuale (anno A.P.E. da ottobre a settembre) complessivo di:**
- **300,00 Euro se nel nucleo familiare è presente un figlio a carico e/o il coniuge;**
 - **500,00 Euro se nel nucleo familiare sono presenti due o più figli a carico.**