


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 e/o protesi per suo esclusivo beneficio fisico e non per i familiari:

500 ore lavorate in provincia di Trento	<input type="checkbox"/> PROTESI OCULISTICHE	Dichiarazione ditta fornitrice - fotocopia fattura , prescrizione dell'ottico o dell'oculista
	<input type="checkbox"/> INTERVENTO LASER AGLI OCCHI	Attestazione della prestazione effettuata- fotocopia fattura ; fotocopia certificato medico di prescrizione.
	<input type="checkbox"/> APPARECCHI ACUSTICI	Dichiarazione ditta fornitrice - fotocopia fattura , prescrizione medica
	<input type="checkbox"/> PROTESI VARIE (non dentarie)	Dichiarazione ditta fornitrice - fotocopia fattura , prescrizione medica

- CURE DENTARIE** Dichiarazione del medico dentista - **fotocopia fattura**

500 ore lavorate in provincia di Trento nei 12 mesi precedenti la fattura: erogazione massima annua di **€. 650,00**

2100 ore nei 24 mesi precedenti la fattura, **delle quali 1000 lavorate in provincia di Trento**: erogazione massima annuo di **€. 800,00**

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

.....

Dichiara inoltre 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 e 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.

Dichiara inoltre 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.

Data, _____

Firma _____

La richiesta di prestazioni deve tassativamente pervenire entro 12 mesi dalla data della fattura. Per la liquidazione dell'assistenza è necessario che il datore di lavoro abbia presentato presso la Scrivente la denuncia di accantonamento relativa al mese della fattura o prestazione.

RISERVATO ALLA CASSA EDILE:

PROTESI OCULISTICHE APPARECCHI ACUSTICI PROTESI VARIE

Il sottoscritto titolare della Ditta fornitrice

consapevole delle responsabilità penali conseguenti alle false certificazioni (art. 485 C.P.)

DICHIARA

che la fornitura di: (descrizione dettagliata) _____

di cui alla fattura nr. _____ di data _____ per l'importo di
Euro _____ (_____)

è stata effettuata esclusivamente per necessità fisiche ed a favore del Signor

nato il _____ codice fiscale _____

Data _____

Timbro - firma della ditta fornitrice

NOTE PER LA DITTA FORNITRICE:

- 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.