



PROTOCOLLO N° \_\_\_\_\_/2018

SPETT.LE ENTE BILATERALE PROVINCIALE  
DISTRIBUZIONE E SERVIZI  
STRADA DELLE MARCHE 58 -61122 PESARO

**OGGETTO : RICHIESTA DI SUSSIDIO 2 – PROTESI OCULISTICHE – (BIENNALE)**

80% della spesa per un massimo di € 200,00 - Per i PART-TIME gli importi sono rapportati agli orari

Tempo Pieno  Part Time  % ore lavorate

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. richiedente \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Cod. IBAN : 

I	T																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dipendente della Ditta: \_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Essendo in regola con il versamento delle quote di contribuzione da almeno 1 anno ed inoltrando la domanda entro 90 giorni dalla data della spesa.

**CHIEDE**

La concessione del sussidio in oggetto e a tal fine allega la seguente documentazione

- Certificazione medica con diagnosi e prescrizione protesi
- Fattura o ricevuta fiscale relativa alla spesa sostenuta
- Copia delle ultime tre buste paga precedenti alla data della spesa.

La presente richiesta è stata presentata in data \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:**

*E' fatto divieto richiedere il rimborso per la stessa fattura contemporaneamente a più Fondi Assistenziali.*

*Ai fini fiscali, qualora ci siano le condizioni, la detrazione è possibile soltanto per la parte eccedente il sussidio ricevuto.*

*I documenti che vengono quindi allegati alla presente richiesta di sussidio devono rispettare scrupolosamente quanto sopra specificato.*

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_