



OGGETTO : RICHIESTA DI SUSSIDIO 3 – CURE ODONTOIATRICHE (BIENNALE)

80% della spesa per un massimo di € 300,00 - 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 iscritti all'Ente Bilaterale Commercio ed in regola con il versamento delle quote di contribuzione da almeno 1 anno e inoltrando la domanda entro 90 giorni dalla data della spesa.

CHIEDE

La concessione del sussidio in oggetto e a tal fine allega la documentazione riguardante la relativa richiesta

Allegati:

- Fattura o ricevuta fiscale relativa alla spesa sostenuta
- Copia delle buste paga degli ultimi tre mesi
- Certificazione di titolarità di impresa (solo per titolari)

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
