



# rimborso spese ticket sanitari

da presentarsi entro il 15 gennaio dell'anno successivo  
a quello in cui sono sostenute le spese

presentata dal signor ..... nato il .....  
residente a ..... via ..... n. ....  
codice fiscale .....

Allega alla domanda le seguenti fatture riguardanti se stesso, coniuge e/o figli fiscalmente a carico:

- fattura n. .... del ..... di € .....
- fattura n. .... del ..... di € .....
- fattura n. .... del ..... di € .....
- fattura n. .... del ..... di € .....
- fattura n. .... del ..... di € .....
- fattura n. .... del ..... di € .....
- fattura n. .... del ..... di € .....
- fattura n. .... del ..... di € .....

\*le fatture di coniuge e figli devono essere accompagnate dallo stato di famiglia

**Assumendomi le responsabilità civili e penali, in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro che i rimborsi sono richiesti in conformità al regolamento delle prestazioni.**

\_\_\_\_\_ firma dell'iscritto

**RISERVATO ALLA CASSA EDILE**

Codice iscritto: \_\_\_\_\_

elementi rimborsabili:

.....  
Ore anzianità ..... intero € .....  
50% € .....

\_\_\_\_\_ l'impiegato addetto

\_\_\_\_\_ il direttore

**Autocertificazione familiari a carico**

Da allegare alla richiesta di prestazioni aggiuntive riconosciute per spese sostenute per familiari a carico  
(Coniuge e figli) del lavoratore iscritto.

**Il/la sottoscritt** \_\_\_\_\_

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

**Codice Fiscale** \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni non veritiere e della decadenza di benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R., ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

**1) che il familiare** \_\_\_\_\_

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

**2) che il familiare** \_\_\_\_\_

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

**3) che il familiare** \_\_\_\_\_

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

intestatari dei documenti presentati a corredo della richiesta di \_\_\_\_\_  
risultano fiscalmente a proprio carico.

Il sottoscritto con la sottoscrizione del presente modulo dichiara di aver preso visione dell'informativa pubblicata sul sito della Cassa Edile ed acconsente al trattamento dei dati personali e particolari propri e del proprio nucleo familiare per la realizzazione delle finalità istituzionali della Cassa Edile, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al REG.UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Il dichiarante**

\_\_\_\_\_