

CASSA EDILE DI MUTUALITA' E DI ASSISTENZA DI NOVARA

Viale Manzoni 18 – 28100 Novara Tel. 032135313 Fax. 0321625657

 $\textbf{e-mail} \ \underline{info@cassaedilenovara.it} \ \ \textbf{-} \ \ \underline{pec} \ \underline{NO00@infopec.cassaedile.it}$

www.cassaedilenovara.it

Novara, 28 Gennaio 2022 Circolare n. 1/2022

> Alle Imprese Iscritte Loro sedi

OGGETTO: PRESTAZIONI ALLE IMPRESE
RIMBORSO ONERI SOSTENUTI PER VISITE MEDICHE OBBLIGATORIE

Con riferimento alla vigente normativa collettiva territoriale di settore, Vi trasmettiamo in allegato il modulo di richiesta per l'ottenimento del rimborso degli oneri sostenuti per le prestazioni del medico competente e per l'effettuazione delle visite mediche obbligatorie, a favore dei Vostri operai iscritti alla Cassa Edile di Novara.

Per Vostra informativa Vi ricordiamo che:

- 1 ANNO DI RIFERIMENTO fatture con data compresa nel periodo 1° gennaio 2021 31 dicembre 2021
- 2 TERMINE DI PRESENTAZIONE RICHIESTA DI RIMBORSO entro il 28 febbraio 2022

Requisiti per ottenere il rimborso:

- A **aver versato** le contribuzioni contrattuali dovute alla Cassa Edile di Novara relative all'anno di riferimento (1.01.2021- 31.12.2021);
- B compilare e firmare la DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA';
- C **presentare alla Cassa Edile di Novara**, in allegato alla "Dichiarazione di Responsabilità", la fotocopia delle fatture/notule emesse a carico dell'impresa per le prestazioni del medico competente e per l'effettuazione delle visite mediche a favore dei propri operai;
- D **indicare** nell'apposito spazio riportato sulla "Dichiarazione di Responsabilità" le coordinate bancarie che saranno utilizzate per effettuare l'accredito del rimborso direttamente sul Vostro conto corrente bancario.

La Cassa Edile, dopo le necessarie verifiche, provvederà entro il 30 giugno 2022 al rimborso degli oneri sostenuti dalle imprese interessate.

L'importo massimo rimborsabile sarà determinato calcolando la percentuale dello 0,27% sulla massa salari dichiarata alla Cassa Edile di Novara e di competenza dell'anno di riferimento.

A disposizione per ogni altro eventuale chiarimento porgiamo cordiali saluti.

Il Vice Presidente (Rubulotta Filippo)

Il Presidente (Geom. Borghese Cristian)

RICHIESTA DI RIMBORSO ONERI PER VISITE MEDICHE OBBLIGATORIE DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

DA FAR PERVENIRE ALLA CASSA EDILE DI NOVARA VIA MAIL ENTRO IL 28 FEBBRAIO 2022 all'indirizzo mail info@cassaedilenovara.it

| II legale rappresentante dell'Impresa | | | codice C.E |
|--|--|---|--|
| Via | Ca | ap Città | |
| indirizzo mail | | | - |
| nella persona di Cognome | | Nome | |
| 5 | | | |
| IL RIMBORSO DEGLI ONERI S PROPRI DIPENDENTI, ISCRIT | | | PETENTE" E PER L'EFFETTUAZIONE AI DICHE OBBLIGATORIE. |
| | | DICHIARA | |
| RELATIVO ALLE FATTURE C | CON DATA COMPRESA NEL URE ALLEGATE ALLA PRE | PERIODO 1.01.2021 – 31.12 SENTE DICHIARAZIONE RA | 2.2021; PPRESENTANO LA COPIA FEDELE SE PRESSO LA PROPRIA SEDE; |
| - DI ESSERE A CONOSCENZA SOSTENUTI, SUCCESSIVAN CONTRATTUALI AD ESSA S | MENTE ALLE VERIFICHE DI | ELL'EFFETTIVO VERSAMEN | NTO DELLE CONTRIBUZIONI |
| | ENTUALE DELLO 0,27% DE | ELLA MASSA SALARI, DICH | MASSIMO DELL'AMMONTARE HARATA DALL'IMPRESA ALLA IBRE 2021. |
| DOCUMENTI ALLEGATI N.: . | | | |
| ESTREMI DEL DOCUMENTO (fattura/notula) | DATA DI EMISSIONE DEL DOCUMENTO | EMITTENTE | IMPORTO DEL DOCUMENTO |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | TOTAL | .E EURO: |
| | | | |
| DATA: | | | TIMBRO E FIRMA IMPRESA |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| SI PREGA DI INDICARE IL CODICE IBAN (27 CARATTERI) | | | |
| | | | |