CASSA EDILE
DI MUTUALITA' E DI ASSISTENZA
DI NOVARA
Viale Manzoni 18 – 28100 Novara
Tel. 032135313 Fax. 0321625657
e-mail info@cassaedilenovara.it - pec NO00@infopec.cassaedile.it
www.cassaedilenovara.it

Novara, 27 Gennaio 2026
Circolare n. 1/2026

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 2025 - 31 dicembre 2025

2 - **TERMINE DI PRESENTAZIONE RICHIESTA DI RIMBORSO**
entro il 28 febbraio 2026

Requisiti per ottenere il rimborso:

A - **aver versato** le contribuzioni contrattuali dovute alla Cassa Edile di Novara relative all'anno di riferimento (1.01.2025- 31.12.2025);

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 2026** 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
(Pace Edoardo)

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 2026**
all'indirizzo mail info@cassaedilenovara.it

Il legale rappresentante dell'Impresa _____ codice C.E. _____

Via _____ Cap _____ Città _____

indirizzo mail _____

nella persona di

Cognome _____ Nome _____

CHIEDE

IL RIMBORSO DEGLI ONERI SOSTENUTI PER LE PRESTAZIONI DEL "MEDICO COMPETENTE" E PER L'EFFETTUAZIONE AI PROPRI DIPENDENTI, ISCRITTI ALLA CASSA EDILE DI NOVARA, DELLE VISITE MEDICHE OBBLIGATORIE.

DICHIARA

- CHE HA SOSTENUTO SPESE PER L'IMPORTO TOTALE DI EURO _____
  RELATIVO ALLE FATTURE CON DATA COMPRESA NEL PERIODO 1.01.2025 – 31.12.2025;

- CHE LE COPIE DELLE FATTURE ALLEGATE ALLA PRESENTE DICHIARAZIONE RAPPRESENTANO LA COPIA FEDELE DEGLI ORIGINALI CUSTODITI E REGOLARMENTE REGISTRATI A NORMA DI LEGGE PRESSO LA PROPRIA SEDE;

- DI ESSERE A CONOSCENZA CHE LA CASSA EDILE DI NOVARA PROVVEDERA' AL RIMBORSO DEGLI ONERI SOSTENUTI, **SUCCESSIVAMENTE ALLE VERIFICHE DELL'EFFETTIVO VERSAMENTO DELLE CONTRIBUZIONI CONTRATTUALI AD ESSA SPETTANTI** E RIFERITE ALL'ANNO GENNAIO 2025/ DICEMBRE 2025;

- DI ESSERE A CONOSCENZA CHE IL RIMBORSO SARA' EFFETTUATO NEL LIMITE MASSIMO DELL'AMMONTARE CALCOLATO CON LA PERCENTUALE DELLO **0,27% DELLA MASSA SALARI**, DICHIARATA DALL'IMPRESA ALLA CASSA EDILE DI NOVARA E DI COMPETENZA DELL'ANNO GENNAIO 2025 / DICEMBRE 2025.

DOCUMENTI ALLEGATI N.: .....

ESTREMI DEL DOCUMENTO (fattura/notula)	DATA DI EMISSIONE DEL DOCUMENTO	EMITTENTE	IMPORTO DEL DOCUMENTO
		TOTALE EURO:	

DATA: _____ **TIMBRO E FIRMA IMPRESA**

SI PREGA DI INDICARE IL CODICE IBAN (27 CARATTERI)