



**CASSA EDILE
DI MUTUALITA' E DI ASSISTENZA
DI NOVARA**

Viale Manzoni 18 – 28100 Novara
Tel. 032135313 Fax. 0321625657
e-mail info@cassaedilenovara.it
sito www.cassaedilenovara.it

Novara, 19 Gennaio 2015
Circolare n. 1/2015

AGLI STUDI DI CONSULENZA
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 2014 - 31 dicembre 2014
- 2 - **TERMINE DI PRESENTAZIONE RICHIESTA DI RIMBORSO**
entro il 28 febbraio 2015

Requisiti per ottenere il rimborso:

- A - **aver versato** le contribuzioni contrattuali dovute alla Cassa Edile di Novara e relative all'anno di riferimento (1.01.2014 - 31.12.2014);
- 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 2015** 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.

Restiamo a Vostra disposizione per ogni altro eventuale chiarimento e nel ringraziare anticipatamente della collaborazione, porgiamo cordiali saluti.

CASSA EDILE DI NOVARA

Allegato: **DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

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 2015)

POSIZIONE IMPRESA ALLA CASSA EDILE COD.....

RAGIONE SOCIALE IMPRESA

VIA: CAP CITTA':

*** indirizzo mail

IL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA 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 1.01.2014 - 31.12.2014;
- 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 2014 / DICEMBRE 2014;
- 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 2014 / DICEMBRE 2014.

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)