



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

Viale Manzoni 18 – 28100 Novara  
Tel. 032135313 Fax. 0321625657  
e-mail [info@cassaedilenovara.it](mailto:info@cassaedilenovara.it)  
sito [www.cassaedilenovara.it](http://www.cassaedilenovara.it)

Novara, 26 Luglio 2019  
Circolare n. 4/2019

Alle Imprese Iscritte  
Loro sedi

**OGGETTO: RIMBORSO CONTRIBUTO 0,18% - Accordo 10 Aprile 2018**

Con riferimento all'Accordo Territoriale di cui all'oggetto vi trasmettiamo in allegato il modulo di richiesta per l'ottenimento del rimborso del contributo RLS dello 0,18% sulla massa salari del periodo ottobre 2017 – settembre 2018, come previsto dall'art. 3.9 del sopra citato accordo e successive modifiche e integrazioni.

Vi comunichiamo che per vostra conoscenza l'accordo è disponibile sul sito della Cassa Edile di Novara [www.cassaedilenovara.it](http://www.cassaedilenovara.it) pagina Rimborsi Visite Mediche e RLS.

Vi preghiamo di voler inviare la domanda allegata **entro il 10 settembre 2019** all'indirizzo mail [info@cassaedilenovara.it](mailto:info@cassaedilenovara.it).

A disposizione per ogni altro eventuale chiarimento porgiamo cordiali saluti.

Il Vice/Presidente  
(Marani Gianni)

Il Presidente  
(Geom. Borghese Cristian)

**RICHIESTA DI RIMBORSO CONTRIBUTO RLS**

DA FAR PERVENIRE ALLA CASSA EDILE DI NOVARA **VIA MAIL ENTRO IL 10 SETTEMBRE 2019**  
all'indirizzo mail [info@cassaedilenovara.it](mailto:info@cassaedilenovara.it)

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

DELL'IMPRESA \_\_\_\_\_ codice Cassa Edile \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

INDIRIZZO MAIL \_\_\_\_\_

NELLA PERSONA DI:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

IN ATTUAZIONE AL VERBALE DI ACCORDO DEL 10 APRILE 2018 E S.M.I. CHIEDE IL RIMBORSO DEL CONTRIBUTO DELLO 0,18%  
PER IL PERIODO OTTOBRE 2017 – SETTEMBRE 2018 RELATIVAMENTE ALL'ELEZIONE DEL RLS

Cognome e Nome RLS \_\_\_\_\_

Data elezione \_\_\_\_\_

Data dimissioni/licenziamento \_\_\_\_\_

Contratto: Tempo Determinato  Tempo Indeterminato

Cognome e Nome RLS \_\_\_\_\_

Data elezione \_\_\_\_\_

Data dimissioni/licenziamento \_\_\_\_\_

Contratto: Tempo Determinato  Tempo Indeterminato

DATA: \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA IMPRESA**

SI PREGA DI INDICARE IL CODICE IBAN (27 CARATTERI)

\_\_\_\_\_