

Spett.

Cassa Edile della Provincia di
Messina
Via Dogali, 20
98122 Messina

OGGETTO : Domanda di rimborso Cure Dentarie.

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____,
residente a _____, Via _____, dipendente
della Ditta _____ CHIEDE a Codesta Cassa edile il rimborso della
prestazione in oggetto a norma del Vs. Regolamento delle Prestazioni.

Alla presente allega ricevuta fiscale in originale attestante la spesa sostenuta.

Distinti Saluti

IL LAVORATORE

All. : 1

_____, li' _____

N.B. : La presente deve essere presentata, completa degli allegati, entro 60 gg. dalla data dell' evento.