

RAGIONE SOCIALE IMPRESA:

Spett.le
CASSA EDILE GENOVESE

RIMBORSO MESE DI: _____

Con la presente si richiede il rimborso della percentuale dell' 1% a carico imprese – calcolato sull'imponibile T.F.R. - per i lavoratori aderenti al "FONDO PREVEDI" qui di seguito elencati:

N	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	RIMBORSO RICHIESTO
1				EURO
N	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	RIMBORSO RICHIESTO
2				EURO
N	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	RIMBORSO RICHIESTO
3				EURO
N	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	RIMBORSO RICHIESTO
4				EURO

**TOTALE RIMBORSO
 RICHIESTO EURO**

Genova, / /

Timbro e firma dell'impresa

Avvertenze: Il presente modulo deve essere compilato mensilmente dall'impresa, sottoscritto e trasmesso alla Cassa Edile Genovese **non oltre i 90 giorni dalla data di scadenza** del mese cui il rimborso si riferisce, **pena decadenza.**