MRR82/08

Spett.le CASSA PORTIERI
C.so Trieste, 10
00198 ROMA (RM)

(*Modulo di Richiesta Rimborso degli Oneri Contributivi Previdenziali*)

DATI RAPPRESENTANTE LEGALE

Il sottoscritto ..... nella sua qualità di:

❒ **Proprietario** ❒ **Amministratore del condominio** .....

❒ **Legale rappresentante della Società Proprietaria/Amministratrice** (cancellare ciò che non interessa):

Ragione sociale: .....

Indirizzo: (Via/P.zza .....) ..... n. ..... CAP .....

Località: ..... Prov. .....

Tel ..... / ..... Fax ..... / ..... e@mail .....

DATI IMMOBILE

dell'immobile sito in: (Via/P.zza) ..... n. ..... CAP .....

Località: ..... Prov. .....

DATI RIFERIMENTO AMMINISTRATIVO

con recapito ai fini di questa pratica in (da compilare se diverso da quello indicato sopra):

c/o ..... Via/P.zza ..... CAP .....

Località: ..... Prov. .....

Tel ..... / ..... Fax ..... / ..... e@mail .....

C H I E D E

ai sensi dell'Art.8.2 del Regolamento del Fondo Malattia Portieri, il **rimborso degli oneri contributivi previdenziali** a carico del datore di lavoro calcolati ed effettivamente versati con riferimento all'indennità di malattia corrisposta, con le modalità di cui all'Art.89 del CCNL per i dipendenti da proprietari di fabbricati, al dipendente sotto indicato.

COGNOME .....NOME .....

CODICE FISCALE: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| DATA ASSUNZIONE ...../...../.....

ELEMENTI DI CALCOLO DEGLI ONERI CONTRIBUTIVI DI CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO (*):

DATA INIZIO MALATTIA:|__|__|/|__|__|/|__|__| - DATA FINE MALATTIA: |__|__|/|__|__|/|__|__| - GG TOTALI DI MALATTIA |_____|

ALIQUOTA CONTRIBUTIVA A CARICO DATORE DI LAVORO: |_____,____|**%**; DI CUI QUOTA RIMBORSABILE: |**35%**|**45%**| (barrare)

INDENNITÀ DI MALATTIA CORRISPOSTA €|_____,____|; ONERI CONTRIBUTIVI CHIESTI A RIMBORSO: €_____,___

(*) il rimborso degli oneri contributivi previdenziali spetta: ● in misura pari al **35%** in caso di malattia continuativa compresa **tra gli 80 e i 120 giorni**; ● in misura pari al **45%** in caso di malattia continuativa **superiore ai 120 giorni**. Tali oneri saranno rimborsati solo se l'indennità di malattia alla quale sono relativi sarà considerata rimborsabile.

Ai fini della presente domanda si dichiara

❒ che l'evento morboso di cui sopra è stato effettivamente di durata continuativa superiore ad 80 giorni (*);
(*) gli eventi caratterizzati da eventuali ricadute non si considerano giorni di malattia continuativi

❒ che per il medesimo evento sia stata inoltrata regolare comunicazione nonché successiva richiesta di rimborso come previsto dall'Art.16 del Regolamento del Fondo;

❒ che l'indennità di malattia corrisposta al dipendente è stata regolarmente assoggettata a contribuzione previdenziale e che la stessa sia stata effettivamente versata in occasione dei DM10 INPS dei mesi di .....

Documentazione allegata e leggibile

|1| Copia dei modelli DM10/2 INPS .da dove risulti il pagamento degli oneri contributivi riferibili al periodo di malattia
|2| Copia dei modelli F24, quietanzati da relativi al pagamento di cui al precedente punto
*(Tale documentazione **non deve essere inviata nel caso** la stessa sia già in possesso della Cassa)*

MODALITÀ DI ACCREDITO DEL RIMBORSO

❒ Bonifico bancario sul c/c IBAN n° |__|__| |__| |__|__| |__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

intestato a ..... presso (banca, ag.) .....

❒ Versamento sul c/c postale n° ..... intestato a .....

❒ Assegno circolare non trasferibile intestato a ..... spedito al recapito indicato ai fini di questa pratica.

ANNOTAZIONI .....

Data..... Firma.....