Cassa Edile Regionale per l'Artigianato e le Piccole Imprese della Sicilia

DOMANDA RIMBORSO MALATTIA / INFORTUNIO

Il sottoscritto _____ nella qualità di

_____dell'impresa_____

con sede in _____CAP_____

Via/Piazza _____

C.F._____P.I._____

richiede alla Cassa Edile il rimborso delle somme erogate a titolo di malattia/infortunio ai propri operai a mezzo:

☐ Assegno circolare

☐ Bonifico alle seguenti coordinate di conto corrente bancario/postale

Intestato a _____

CODICE IBAN

Cod. paese	cod.controllo	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE

Data ____/____/_____ _____

Timbro e firma