

RICHIESTA RESTITUZIONE DOCUMENTI

Il sottoscritto _____ nato il ____ / ____ / _____,

C.F. _____, residente nel comune di

_____ CAP _____ PROV. _____,

Via _____, dipendente dell'impresa

dichiara di essere a conoscenza che le spese sanitarie rimborsate a fronte di contributi per assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o ente pensionistico o dal contribuente a enti o casse con fine esclusivamente assistenziale, sulla base di contratti, accordi o regolamenti aziendali, e che, fino all'importo complessivo di 3.615,20 euro, non hanno contribuito a formare il reddito imponibile di lavoro dipendente, non possono essere inserite nella dichiarazione dei redditi per la detrazione d'imposta del 19 per cento.

CHIEDE

che gli venga restituita l'originale della fattura in allegato alla richiesta di prestazione per

- Protesi dentarie del _____
- Cure dentarie del _____
- Occhiali da vista del _____
- Protesi acustiche del _____

Data ____ / ____ / _____

firma del lavoratore