

## **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