MODULO RICHIESTA RIMBORSO IMPRESE
RIMBORSO ACQUISTO DI DISPOSITIVI SANITARI DI PROTEZIONE DEL LAVORATORE PER COVID19

il/la sottoscritto/a_____

☐ Titolare ☐ Legale rappresentante ☐ Socio

dell'impresa_____

P.IVA_____Codice Fiscale _____

indirizzo_____

CAP_____città _____prov_____

tel_____e_mail_____

PEC (obbligatoria)_____

Dipendenti in forza all'azienda alla ripresa dell'attività/presenti in azienda n. _____ di cui:

a) Tempi indeterminati n_____
b) Tempi determinati inferiori a 12 mesi n. _____
c) Tempi determinati pari o superiori a 12 mesi n. ____
d) Apprendisti n. _____
e) Lavoratori interinali n. _____
f) Lavoratori a domicilio n. _____
g) Lavoratori stagionali n. _____
h) Altri* _____

Specificare tipologia e numero

Documentazione richiesta

☐Copie fatture delle spese sostenute per acquisto dei dispositivi di protezione individuale conformi alle norme vigenti per COVID19 (mascherine, guanti e occhiali/visiere, tute/camici monouso, termometri)
☐Copie pagamenti fatture
☐Copia attestazione denuncia contributiva del mese più recente, in caso di sospensione quello di ripresa attività
☐ In presenza di lavoratori interinali è necessario presentare copia contratto con Agenzia interinale

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli articoli 75/76 D.P.R. 445/2000.

Allega la copia delle seguenti fatture

NUMERO	DATA	IMPORTO	DESCRIZIONE

DICHIARA

di aver sospeso l'attività lavorativa ☐ ***si*** ☐ ***no***
se SI di aver ripreso l'attività lavorativa in data_____

che il proprio CODICE IBAN è:

data_____ firma del dichiarante_____

(per esteso e leggibile)