

**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 totali alla ripresa dell'attività/presenti in azienda n. _____ di cui:

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

**Specificare tipologia e numero*

Documentazione richiesta

- Copie fatture delle spese sostenute dal 01/03 al 31/10/2020 per acquisto di mascherine, guanti e occhiali di protezione conformi alle norme vigenti per COVID19
 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 sì 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)