

RICHIESTA RIMBORSO SORVEGLIANZA SANITARIA

Formedit Molise  
C.da san Giovanni in Golfo, 205/E  
86100 Campobasso  
scuolaedilemolise@legalmail.it

La sottoscritta impresa .....

C.F. .... P.I. ....

con sede legale a .....

richiede il rimborso del costo al netto dell'iva per le spese di "sorveglianza sanitaria" come di seguito dettagliate:

a tal fine la scrivente Impresa DICHIARA:

- di essere iscritta presso la Cassa edile del Molise e di avere il DURC regolare in corso di validità;
- che la spesa è stata sostenuta dal 1° ottobre 2025 al 30 settembre 2026, come da documento di spesa allegato;
- che le spese sostenute sono le seguenti:

LAVORATORE	COSTO VISITA MEDICA (al netto IVA)	COSTO NOMINA MEDICO COMPETENTE (al netto IVA)
1		
2		
TOTALE		
TOTALE DA COMPENSARE		

Lì .....

In fede  
(timbro e firma dell'impresa)

Allegati:

- Documento di spesa
- Quietanza del pagamento effettuato