



SAN.ARTI.

FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
PER I LAVORATORI DELL'ARTIGIANATO

MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO

Autocertificazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Protocollo n. _____ / _____ (compilazione a cura di San.Arti.)

L'azienda (ragione sociale) _____
(matricola INPS _____) in persona del legale rappresentante
sig./sig.ra _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____
in via _____ n. _____ CAP _____

consapevole che ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 28 dicembre n.445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

dichiara di aver versato per il mese di _____ anno _____ l'importo totale di
€ _____ e di aver erroneamente versato in eccesso la somma di € _____
per i seguenti motivi (inserire breve spiegazione) _____

e chiede pertanto il rimborso dell'importo di € _____ (al netto delle quote dovute a San.Arti.).

Il rimborso dovrà essere effettuato sul conto corrente intestato a _____
_____, IBAN: _____

Luogo e Data

Firma (per esteso e leggibile)

NOTA BENE : il presente modulo, firmato e compilato in ogni sua parte, unitamente a

- copia fronte/retro della carta d'identità
- copia della quietanza di pagamento (F24)

deve essere inviato agli uffici del Fondo tramite:

- posta elettronica, all'indirizzo: contributi@sanarti.it oppure
- fax, al numero: 06 87678090