

## MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO

### Autocertificazione

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

Protocollo n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (compilazione a cura di W.I.L.A.)

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 W.I.L.A.)**

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: [amministrazione@wila.it](mailto:amministrazione@wila.it) oppure
- fax, al numero: 02 78622137