

## LENTI DA VISTA – LDV/Imprenditore

### TIPOLOGIA INTERVENTO

Provvidenza a favore dei datori di lavoro (legale rappresentante e/o socio) per l'acquisto di lenti da vista e/o lenti a contatto a seguito di certificazione medica prescritta agli stessi.

### CARATTERISTICHE DELLA PROVVIDENZA

Viene erogato un unico contributo per un importo **massimo** di **euro 200** riferito solo alla spesa sostenuta per le lenti (esclusa la montatura) o lenti a contatto (esclusi i relativi liquidi).

La fattura o lo scontrino fiscale di riferimento devono essere stati emessi nell'anno 2018 e devono riportare il codice fiscale del beneficiario del contributo.

### PROCEDURE

#### **Il DATORE DI LAVORO deve:**

- **prima dell'avvio della procedura** - pena la non ammissibilità della richiesta - accertarsi che l'impresa sia in regola con i versamenti, a partire dal 1° gennaio 2016 (se dovuto), fino ai due mesi precedenti la data di presentazione della richiesta;
- **entro il termine perentorio di quattro mesi a far data dal mese di rilascio della fattura/scontrino fiscale**, presentare la richiesta allo sportello territoriale accreditato;
- **utilizzare** il modulo di richiesta reperibile sul sito [www.elba.lombardia.it](http://www.elba.lombardia.it)

### DOCUMENTI da allegare al modulo di richiesta

- Certificazione medica con prescrizione protesi a nome del beneficiario del contributo (titolare/legale rappresentante/socio).
- Fattura o scontrino fiscale contenente il codice fiscale del beneficiario del contributo e descrizione delle protesi acquistate.
- Copia visura camerale (no per aziende individuali).
- Copia documento di identità del beneficiario del contributo.
- Informativa sul trattamento dei dati personali firmata.

**In mancanza di uno o più documenti richiesti la domanda NON PUO' essere presa in carico dallo sportello ELBA.**

### AVVERTENZE

- La provvidenza potrà essere erogata a favore dello stesso beneficiario non più di una volta nell'anno solare.
- I collaboratori sono esclusi dal contributo.
- Il codice IBAN da indicare sul modulo impresa deve essere quello del beneficiario del contributo (titolare/socio/etc.) e non quello dell'impresa.
- La certificazione medica ha validità se datata dal 2013 in poi.
- Non sono ritenuti validi ai fini del contributo controlli della vista rilasciati da ottici, la certificazione medica deve essere sottoscritta da un oculista.
- In caso di più fatture, verrà presa in considerazione quella con l'importo più alto.
- I contributi verranno erogati fino a concorrenza degli stanziamenti previsti.

## LENTI DA VISTA - LDV Imprenditore

### SCHEDA PER LA RICHIESTA DI CONTRIBUTO

_____		_____																								
cognome		nome																								
_____		_____																								
codice fiscale	data di nascita	luogo di nascita (per gli stranieri è da intendersi lo stato in cui sono nati)																								
_____		CAP	_____																							
indirizzo residenza		comune	prov																							
<b>in qualità di :</b> <input type="checkbox"/> titolare <input type="checkbox"/> legale rappresentante <input type="checkbox"/> socio <b>della ditta:</b>																										
_____																										
ragione sociale																										
_____		_____																								
codice fiscale	P.IVA	CCNL applicato	codice ATECO																							
_____	_____	_____	_____																							
telefono	fax	e_mail	n. matricola INPS																							
_____	_____	_____	_____																							
_____		_____																								
PEC - indirizzo di posta certificata		WWW. indirizzo internet																								
_____	_____	_____	_____																							
indirizzo sede operativa	CAP	comune	prov																							
_____	_____	_____	_____																							
indirizzo sede legale che per le individuali è quello del titolare	CAP	comune	prov																							
_____	_____	_____	_____																							
_____	_____	_____	_____																							
data di costituzione	luogo di costituzione	prov	N.B. Per le imprese individuali è da intendersi data e luogo di nascita del titolare																							
_____	_____	_____																								
<table border="1" style="width:100%; height:20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																										
codice IBAN soggetto richiedente (non dell'impresa)																										

### DICHIARO

- di essere in regola con i versamenti previsti fino ai due mesi precedenti l'acquisto delle lenti da vista/a contatto
- data rilascio fattura e/o scontrino fiscale \_\_\_\_\_
- codice fiscale acquirente indicato sulla fattura/scontrino fiscale \_\_\_\_\_

### DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA PRATICA

- certificazione medica con prescrizione protesi a nome del datore di lavoro, socio o legale rappresentante
- fattura o scontrino fiscale (anno 2018) contenente il codice fiscale del datore di lavoro e descrizione delle protesi acquistate
- copia visura camerale (no per aziende individuali)
- informativa sul trattamento dei dati personali firmata
- copia documento:**    carta d'identità    passaporto    patente di guida

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

firma del dichiarante