Cassa Edile di Mutualità ed Assistenza della Provincia di L'Aquila

S.S. 80 Km 9 n. 61 - Loc. S. Vittorino 67100 L'AQUILA Cod. Fisc n . 80002410662 tel 0862/24354 fax 0862/64022 - www.cassaedilelaquila.it – e-mail: info@cassaedilelaquila.it

RICEZIONE	
Data	
N. Prot.	

LA PRESENTE DOMANDA DEVE ESSERE RIMESSA, A PENA DI DECADENZA DAL DIRITTO, **ENTRO 90 GIORNI** DALLA DATA DELL'EVENTO O DALLA DATA DELLA FATTURA

Riservato alla Cassa Edile

RICHIESTA PRESTAZIONE

LAVORATORE

Il sottoscritto .....

nato a ..... ( ) il .....

codice fiscale

residente in ..... ( ) C.A.P. .....

via ..... n° ..... tel./cell. .....

email.....autorizza la Cassa Edile di L'Aquila a liquidare la prestazione sul proprio Conto Corrente con il seguente

codice IBAN: IT

IN CASO DI DECESSO O INABILITÀ DEL LAVORATORE: EREDE O PERSONA DELEGATA ALLA RISCOSSIONE

Il sottoscritto .....

nato a ..... ( ) il .....

residente in ..... ( ) C.A.P. .....

via ..... n° ..... tel./cell. .....

codice fiscale

R I C H I E D E

- ☐ A.P.E. 300 ORE
- ☐ CURE DENTARIE
- ☐ PROTESI DENTARIE
- ☐ PROTESI ORTODONTICHE
- ☐ OCCHIALI DA VISTA E LENTI A CONTATTO
- ☐ PROTESI:
  - ☐ ORTOPEDICHE
  - ☐ ACUSTICHE
  - ☐ OCULARI
- ☐ VISITE SPECIALISTICHE
- ☐ DECESSO LAVORATORE
- ☐ DECESSO FAMILIARE
- ☐ DONATORI DI SANGUE E MIDOLLO OSSEO
- ☐ CONCORSO ACQUISTO MATERIALE DIDATTICO STUDENTI:
  - ☐ PRIMA MEDIA
  - ☐ SCUOLA SUPERIORE
  - ☐ UNIVERSITA'

In materia di autocertificazione (art. 46 - T.U. approvato con D.P.R. 445 del 28/12/2000) e consapevole delle conseguenze penali in caso di falsa dichiarazione e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente ottenuti, come previsto dagli art. 75 e 76 del T.U. e delle successive disposizioni legisaltive e regolamentari,

AUTOCERTIFICA

che alla data odierna risulta essere:

☐ Dipendente dell'Impresa : ..... dal .....
regolarmente iscritta alla Cassa Edile di L'Aquila

oppure

☐ Disoccupato in seguito a risoluzione del rapporto di lavoro con l'Impresa .....

☐ che il familiare ..... nato il ....., per il quale richiede la prestazione, è fiscalmente a carico del richiedente e non ha superato il 26° anno di età (se diverso dal coniuge)

☐ *(per i sussidi funerari)* che la composizione del nucleo familiare si è modificata in data ..... a seguito del decesso del ☐*coniuge* ☐*figlio* ☐*genitore* del lavoratore sig. ..... nato/a il .....

Dichiara che nei 24 mesi precedenti la data dell'evento o data fattura sono stati effettuati accantonamenti a proprio favore presso le Casse Edili delle seguenti Province : .....

Con la sottoscrizione della presente richiesta il sottoscritto prende atto del contenuto specifico dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui al Reg. UE 2016/679 pubblicata sul sito web della Cassa Edile ed autorizza (eventualmente) la persona di seguito indicata a presentare la stessa.

Data .....

Firma *(leggibile)* .....

La presente richiesta ed i documenti allegati sono stati presentati da _____ in qualità di _____