

Alla Cassa Edile della Provincia di Brindisi

Il sottoscritto _____ (Codice C.E. _____) nato il _____
residente in _____ dipendente attualmente dell'impresa
_____ (Codice C.E. _____) nella sua qualità di iscritto alla Cassa Edile e
ove sussistono le condizioni ed i requisiti del vigente CCNL per i dipendenti delle Imprese Edili & Affini, Accordi
Integrativi. Statuto e Regolamento della Cassa,

CHIEDE

che gli venga erogato a mezzo assegno non trasferibile, quanto di seguito indicato con il segno X ed annesse
indicazioni:

- Protesi Dentarie
- Cure Termali. _____
- Un acconto di Euro _____ da detrarsi dall'accantonamento risultante in Euro _____
del semestre in corso, con riferimento all'art. 19 del Regolamento per i sotto comprovati motivi

- L'acconto relativo al periodo _____ depositato sul Conto Giacenza Assegni per insufficienza di
indirizzo di residenza. _____

- Contributo Visita Specialistica _____

- ASSEGNO FUNERARIO Documenti
- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - per il decesso del Lavoratore
_____ nato il _____ deceduto il _____ | 1) Certificato di Morte
2) Stato di Famiglia
3) Atto Notorio di non separazione tra i coniugi |
| - per il decesso del Coniuge, figlio/a
_____ nato il _____ deceduto il _____ | 1) Certificato di Morte
2) Stato di Famiglia
3) Atto Notorio di separazione (solo per decesso
del coniuge) |
| - per il decesso del Lavoratore Pensionato
_____ nato il _____ deceduto il _____ | 1) Certificato di Morte
2) Ricevute spese funerarie |

Data _____ Firma _____

Prot. _____ del _____

Si autorizza il pagamento a mezzo assegno non trasferibile intestato all'avente diritto per Euro
_____ a titolo _____

Data _____

Il sottoscritto lavoratore, in calce identificato, dichiara di aver ricevuto informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto
legislativo n. 196/03, ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, ed alla
comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicati della INFORMATIVA nei limiti e per le finalità della
Cassa Edile.

Data _____

Firma del Lavoratore _____

ISTRUTTORIA

Esercizio 20... / 20...

Lavoratore _____ nato il _____

dipendente della Ditta _____

Per sé per nucleo familiare

Ore maturate _____

Ha presentato stato di famiglia

Non ha presentato Stato di famiglia

Spese documentate per i seguenti interventi :

Visita Specialistica del _____ Euro _____

Visita Specialistica del _____ Euro _____

Visita Specialistica del _____ Euro _____

Totale Euro _____

Occhiali da vista (Euro 40,00 fissi)

Lenti a contatto (Euro 65,00 fissi)

Protesi non riconosciute da INAIL o altri Enti :

Acustiche Euro _____

Ortopediche Euro _____

Richiesta di prestazione straordinaria (art. 6)

Evento grave _____

Spese sostenute : Euro _____

Data _____

L'addetto
