



TERMINE 30 Aprile

CONTRIBUTO PER VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE

(vedi regolamento delle prestazioni collaterali in vigore dall'1.03.2013 pubblicato sul sito)

L A V O R A T O R E	(cognome e nome)		(data di nascita)		
	(C.A.P.)	(città o paese)	(via)	(n. civico)	(n. telefono)

Avendo lavorato da Gennaio a Dicembre u.s. presso l'Impresa:

Iscritta alla Cassa Edile della Provincia di

RICHIEDE

il contributo previsto per visite mediche specialistiche (accertamenti diagnostici, visite specialistiche, nonché tickets relativi alle visite effettuate), sostenute per se stesso e per il proprio nucleo familiare, nell'anno solare antecedente detta richiesta.

Totale spesa per l'intero nucleo familiare: <input type="checkbox"/> > € 130,00 e < € 400,00 contributo € 100,00 <input type="checkbox"/> > € 400,00 e < € 600,00 contributo € 150,00 <input type="checkbox"/> > € 600,00 contributo € 200,00	Allega: <ul style="list-style-type: none">• N. documenti di spese sanitarie, allegate alla domanda, relative al nucleo familiare.• Certificato stato famiglia o autocertificazione in calce.• Dichiarazione dell'impresa attestante che trattasi di familiare fiscalmente a carico.
---	---

Gli importi potranno essere inferiori nel caso in cui i fondi assegnati a tali prestazioni non siano sufficienti.

Codice iban per l'accredito: IT _____

Ai fini della suddetta richiesta il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali e civili nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, previste dalle vigenti norme di legge, **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità, la composizione del proprio nucleo familiare, FISCALMENTE A CARICO e NON AVENTI REDDITI PROPRI, nell'anno solare antecedente detta richiesta:

1) CONIUGE Cognome nome nato a il

2) FIGLIO/A Cognome nome nato a il

3) FIGLIO/A Cognome nome nato a il

4) FIGLIO/A Cognome nome nato a il

Acconsento al trattamento dei miei dati personali, in base alla normativa vigente, sia comuni che sensibili ed alla loro comunicazione per la realizzazione delle finalità istituzionali della Cassa Edile.

Data:

.....
firma del Lavoratore dichiarante

DICHIARAZIONE RISERVATA ALL'IMPRESA

La sottoscritta Impresa, iscritta alla Cassa Edile di Varese al N. di posizione, dichiara di avere il suddetto lavoratore alle proprie dipendenze dal a tutt'oggi ..

(oppure: licenziato il) e che i contributi maturati o maturandi, saranno versati alla Cassa Edile di VARESE.

Dichiara inoltre che risulta fiscalmente a carico del Lavoratore sopraindicato, il seguente familiare , a favore del quale é richiesta detta prestazione.

Data:

.....
Timbro e firma dell'Impresa