

EDIL CASSA REGIONALE DI BASILICATA

Sede Legale e Operativa
75100 MATERA - Via Annibale Maria di Francia, 32/b - C.P. 189
Tel.e fax 0835.334018 - 0835.336851
www.edilcassabasilicata.it
E.mail: info@edilcassabasilicata.it
Sede Operativa
85100 POTENZA - Via Vincenzo Verrastro, 3/b
Tel.e fax 0971.469037



Oggetto: Richiesta Prestazione.

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____ Tel. _____ Codice Fiscale _____

residente in _____ alla Via _____ n. _____

dipendente dell'Impresa _____

CHIEDE

che gli venga riconosciuta la seguente prestazione:

- | | |
|---|---|
| ☐ PROTESI DENTARIE* | ☐ CURE DENTARIE* |
| ☐ MATRIMONIO** | ☐ NASCITA PRIMO FIGLIO** |
| ☐ PROTESI OCULISTICHE* | ☐ PROTESI ACUSTICHE/ORTOPEDICHE* |
| ☐ CURE TERMALI* | ☐ PORTATORE HANDICAP |
| ☐ SPESE FUNERARIE | ☐ ALTA CHIRURGIA* |
| ☐ SUSSIDIO STRAORDINARIO | |

* N.B. allegare fattura;

** N.B. allegare Stato Famiglia.

Da compilare in caso di prestazione richiesta per un familiare / allegare sempre Stato Famiglia

Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Grado di parentela ☐ Coniuge _____ Codice Fiscale _____

☐ Figlio/a

Importo Fattura € _____ Importo Erogato € _____

Informativa e richiesta di consenso al trattamento dei dati personali:

Ai sensi del D.L. 30 Giugno 2003 n.196, recante disposizioni per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, la Edilcassa di Basilicata, in qualità di titolare del trattamento, informa che i dati personali forniti o comunque raccolti in dipendenza della richiesta delle prestazioni facoltative erogate dalla stessa, saranno trattati per finalità strettamente connesse alla gestione del rapporto contrattuale ed all'erogazione della prestazione.

Data richiesta _____

Firma lavoratore _____