CASSA EDILE
POTENZA

PRESTAZIONE PER CARENZA MALATTIA

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____ Tel. _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

residente in _____ alla Via _____ n.____

Numero cellulare | | | | | | | | | | |

Documenti da allegare:

1. Fotocopia del certificato medico oppure indicare n. di protocollo invio _____

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto chiede di poter fruire dei servizi e delle prestazioni della Cassa Edile, a norma del vigente C.C.N.L. per gli operai dipendenti da imprese edili e affini, dell'accordo integrativo provinciale in vigore, nonché dello Statuto e del Regolamento della Cassa Edile stessa. Dichiara di applicare, e si impegna ad osservare, gli atti normativi sopra riportati e consente alla Cassa Edile di esibire la presente dichiarazione in qualunque momento ne abbia interesse.
Il sottoscritto è consapevole della responsabilità penale cui va incontro in caso di dichiarazione mendace ex art. 76 del D.P.R. 445/2000.

Il sottoscritto dichiara, altresì, sotto la propria responsabilità, di essere alle **DIPENDENZA DELL'IMPRESA**

_____
(indicare obbligatoriamente il nome dell'impresa)

Iscritta alla Cassa Edile al momento di presentazione (o spedizione) della domanda.
Il sottoscritto è a conoscenza del fatto che le domande incomplete di firma, dati anagrafici e/o dei documenti richiesti non verranno accolte.
Il sottoscritto acconsente al **TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** – sia comuni che sensibili – ed alla loro comunicazione e diffusione per la realizzazione delle finalità istituzionali della Cassa Edile, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni.

Data _____ Firma del Lavoratore _____

Via Pienza, 104 – Tel. 0971/411102-411202 Fax 0971/273595 e-mail info@cassaedilepz.it
www.cassaedilepz.it