CASSA EDILE DI MUTUALITA' ED ASSISTENZA DI BENEVENTO
Via M. Pacifico - 82100 - Benevento - Tel. 0824 363046 - Fax 0824 63362

DOMANDA DI PRESENTAZIONE ASSISTENZIALE ECCEZIONALE DI CARATTERE SANITARIO

Benevento, lì ----------
Spett.le Cassa Edile della Provincia di Benevento
Via M. Pacifico - 82100 Benevento

CODICE FISCALE [ ] [ ] [ ] [ ]

Il sottoscritto ---------- nato il ----------

residente a ---------- prov. ------ in via ----------

alle dipendenze della Ditta ----------

IBAN: COD. PAESE [ ][ ] CIN EUR [ ][ ] CIN [ ] CODICE ABI [ ][ ][ ][ ][ ] CODICE CAB [ ][ ][ ][ ][ ] NUMERO DI CONTO CORRENTE [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

(inserire sempre tutte le 27 cifre del Codice IBAN. Non saranno prese in considerazione richieste contenenti dati incompleti o inesatti)

DENOMINAZIONE DELLA BANCA /UFFICIO POSTALE

INDIRIZZO DELLA BANCA /UFFICIO POSTALE

CITTA'

C.A.P.

CHIEDE

- LA PRESTAZIONE ASSISTENZIALE ECCEZIONALE DI CARATTERE SANITARIO

Come previsto dal regolamento di codesta Cassa Edile approvato in data 24 - 07 - 2000.
In attesa, ringrazia e saluta distintamente

Telefono ----------

(FIRMA DEL LAVORATORE)

Dichiarazione di consenso per il trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti della legge 675/96 sulla privacy
IL SOTTOSCRITTO MANIFESTA IL PROPRIO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI CONTENUTI SUL PRESENTE MODULO E NEI RELATIVI ALLEGATI

(DATA)

(FIRMA)

N.B.: L'erogazione da parte della cassa di detta prestazione sarà vincolata alla disponibilità economica destinata di anno in anno alla stessa.

Documento da allegare alla domanda:
- Fattura o ricevuta fiscale in originale del professionista

SPAZIO RISERVATO ALLA CASSA EDILE

- Codice lavoratore ----------
- Regolarità della posizione dell'azienda SI NO

IMPORTO DA LIQUIDARE = € ----------