

Domanda presentata il :

_____ Prot. _____/A COOP. _____ C.O. _____/ _____

Il sottoscritto _____ nato il _____

C.F. _____

Residente a _____ c.a.p. _____

Via _____ n° _____

C/o _____

Dipendente della Cooperativa _____

Fa Domanda

Onde ottenere il concorso spese per :

- ☐ 1. cure dentarie e ortodontiche :
☐ per se stesso
☐ per il figlio/a _____ nato/a il _____

- ☐ 2. acquisto occhiali :
☐ per se stesso
☐ per il figlio/a _____ nato/a il _____

Allego :

Per il punto 1 (cure dentarie e ortodontiche) :

- A. **Fattura o ricevuta fiscale**, relativa alla spesa sostenuta, intestata al paziente;
B. **Certificato di stato di famiglia** (se la richiesta è relativa ad un figlio).

Per il punto 2 (acquisto occhiali) :

- A. **Fattura o ricevuta fiscale**, relativa alla spesa sostenuta, intestata al paziente;
B. **Certificato medico di prescrizione**, rilasciato dall'oculista o dall'ottico abilitato, attestante la prescrizione delle lenti;
C. **Certificato di stato di famiglia** (se la richiesta è relativa ad un figlio).

Nota : in caso di **domanda per figlio/a maggiorenne a carico** è richiesta la compilazione dell'**autocertificazione**, predisposta dalla C.A.L.E.C., da parte dell'interessato.

Firmato _____