-----, -----
(luogo)

(data)

Spettabile

CASSA EDILE DI FERRARA

Via Montebello, 10

44121 FERRARA

Il sottoscritto _____ nato il _____ residente a

_____ Via _____ n. _____

telefono n. _____ e-mail _____

dipendente dell'Impresa _____

presenta domanda per ottenere il concorso spese previsto dal Regolamento di Codesta Cassa Edile per:

cure e protesi dentarie

protesi oculistiche

protesi ortopediche

protesi acustiche

donazioni di sangue

cure termali INPS – ASL

eseguite e/o applicate direttamente ed esclusivamente alla propria persona come da certificazione medica e fattura o documento equipollente (in originale) che qui si allega;

sussidio per l'inserimento dei figli negli asili.

Dichiara, inoltre, di non aver presentato e che non presenterà in futuro presso altra o altre Casse Edili domanda analoga per ottenere il sussidio relativo alla pratica di cui sopra.

Dichiara, infine, di essere a conoscenza che l'uso della presente richiesta, ai fini di ottenere benefici non dovuti, è perseguibile ai sensi dell'Art. 640 del Codice penale.

In attesa, ringrazia e porge distinti saluti.

(firma)

SPAZIO RISERVATO ALLA CASSA EDILE DI FERRARA

Codice Lavoratore _____ Codice Impresa _____

Domanda pervenuta il _____ Il Ricevente _____

Riferimento : fattura / ricevuta n. _____ del ____ / ____ / 20 ____

Riferimento : fattura / ricevuta n. _____ del ____ / ____ / 20 ____

Calcolo : € _____ , _____ X _____ % = € _____ , _____

LIQUIDATA IL _____

SUSSIDIO PER L'INSERIMENTO DEI FIGLI NEGLI ASILI.

Verrà erogato al lavoratore regolarmente iscritto che inserisce un figlio all'asilo un sussidio per un importo massimo annuo di € 100,00

Le domande di sussidio per l'inserimento dei figli negli asili, corredate dal certificato comprovante l'avvenuta iscrizione del figlio ad un asilo, dovranno essere inoltrate alla Cassa Edile entro 31 Marzo dell'anno successivo a quello di iscrizione.

SUSSIDIO AI LAVORATORI ISCRITTI DONATORI DI SANGUE.

Vengono erogate € 40,00 per ciascuna donazione gratuita di sangue avvenuta presso uno dei centri di prelievo autorizzati dal Ministero della Sanità, nel limite e quantitativo minimo richiesto per il riconoscimento del diritto del lavoratore ad una giornata di riposo.

Le domande, corredate dal certificato comprovante l'avvenuta donazione di sangue, dovranno essere presentate alla Cassa Edile entro 90 giorni dalla data della suddetta donazione.

SUSSIDIO PER CURE TERMALI DEI LAVORATORI ISCRITTI, RELATIVE AI CASI ASSISTITI DALL' I.N.P.S. O DALL' A.S.L.

Vengono erogati : € 90,00 per i casi assistiti dall' I.N.P.S. - € 180,00 per i casi assistiti dall' A.S.L.

Le domande, corredate dalla dichiarazione dell' INPS o dell' ASL attestante il periodo ed il luogo di cura, dovranno essere presentate alla Cassa Edile entro 90 giorni dalla data del termine della cura.

SUSSIDIO PER PROTESI OCULISTICHE.

Al lavoratore regolarmente iscritto che necessita personalmente di occhiali da vista (montature, lenti o lenti a contatto) la Cassa Edile rimborserà il 50% della spesa sostenuta fino ad un massimo rimborsabile di € 180,00 ed una spesa minima di € 30,00

SUSSIDIO PER PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE.

Al lavoratore regolarmente iscritto che necessita personalmente di protesi ortopediche ed acustiche la Cassa Edile rimborserà il 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo rimborsabile di € 500,00

SUSSIDIO PER CURE E PROTESI DENTARIE

Al lavoratore regolarmente iscritto verrà rimborsato il 50% della spesa sostenuta per la cura dei propri denti o per l'applicazione di protesi dentarie, fino ad un importo annuo rimborsabile di € 680,00 ed una spesa minima di € 50,00

Le domande per cure o protesi, corredate dalla certificazione medica e dalla regolare documentazione di spesa, dovranno essere inoltrate alla Cassa Edile *entro 90 giorni dalla data della fattura o ricevuta fiscale* rilasciata dallo studio medico o dal laboratorio presso cui è stata effettuata la suddetta cura o protesi.

**(da compilare solo in caso di domanda per cure e protesi dentarie)
DICHIARAZIONE DEL MEDICO CURANTE**

Io sottoscritto.....
consapevole delle responsabilità penali conseguenti alle false certificazioni (art. 481 C.P.)

D I C H I A R O

che le prestazioni specialistiche (descrizione dettagliata)
.....
.....

..... di cui alla fattura n. del per l'importo di €,

sono state effettuate esclusivamente sulla persona del Signor/a

..... nato/a il / /

ed in suo esclusivo favore (la fattura deve essere intestata esclusivamente al beneficiario delle prestazioni)

.....
(data)

.....
(Timbro e firma del medico curante)

L'uso abnorme della presente dichiarazione, ai fini di ottenere benefici non dovuti, sarà perseguito ai sensi dell' Art. 640 C.P. (truffa aggravata).