



# CASSA EDILE DELLA PROVINCIA DI IMPERIA

## DOMANDA PRESTAZIONI

### DATI ANAGRAFICI

LAVORATORE \_\_\_\_\_ NATO IL \_\_\_\_\_  
DOMICILIATO IN \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_  
N° TEL \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

### SITUAZIONE

- IN FORZA PRESSO L'IMPRESA EDILE \_\_\_\_\_  
 o CESSATO IL LAVORO IL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  per licenziamento o dimissioni  per pensionamento  
 per trasferimento in altra provincia  per inizio attività in proprio o passaggio ad altro settore

comunica inoltre che nei 12 mesi precedenti l'evento è stato:

- IN DISOCCUPAZIONE (come da attestazione allegata)  
 ISCRITTO presso ALTRE CASSE EDILI (indicare sigle province \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_)

Segnare con una crocetta il quadratino corrispondente alla situazione interessata

### DATI PER ACCREDITO PRESTAZIONI SU CONTO CORRENTE

INTESTATARIO DEL C/C \_\_\_\_\_ (indicare se diverso dal lavoratore compilando anche la delega permanente)  
BANCA o UFF. POSTALE \_\_\_\_\_ numero C/C \_\_\_\_\_ cod.ABI \_\_\_\_\_ cod.CAB \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO FILIALE : città \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

### DELEGA PERMANENTE PER INCASSO PRESTAZIONI

AL SIG./SIG.RA \_\_\_\_\_ NATO/A IL \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO (se diverso da quello del lavoratore) città \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

### PRESTAZIONI RICHIESTE

- ASSISTENZA per: PROTESI E CURE DENTARIE, OCCHIALI DA VISTA, PROTESI ACUSTICHE E ORTOPEDICHE, ALTRE SPESE SANITARIE, MALATTIA POLMONARE (T.B.C.), CURE TERMALI, ASSEGNO PER DECESSO LAVORATORE O FAMILIARE, ASSEGNO PER INABILITÀ PERMANENTE ASSOLUTA, MUTUO PRIMA CASA
- richiesta per il lavoratore stesso  
 richiesta per familiari fiscalmente a carico  
(come da attestazione di responsabilità allegata)  barrare se l'attestazione di responsabilità per familiari a carico è già stata presentata con precedente domanda e non sono intervenute variazioni
- LIQUIDAZIONE ANTICIPATA ACCANTONAMENTO GNF 14,20%  
 6 mesi (da ottobre a marzo)  
 importo fisso € .....,00

Segnare con una crocetta il quadratino corrispondente alla prestazione richiesta

### FIRMA

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### ALLEGATI

- ATTESTAZIONE DI RESPONSABILITÀ PER FAMILIARI A CARICO  
 ATTESTAZIONE DI RESPONSABILITÀ PER IL PERIODO DI DISOCCUPAZIONE  
 .....  
 .....

Segnare con una crocetta il quadratino corrispondente agli allegati presentati

**PER LA COMPILAZIONE LEGGERE LE NOTE SUL RETRO DELLA PRESENTE**