



# EDILCASSA MOLISE

VIA CAVOUR 41 - 86100 CAMPOBASSO  
Tel (0874) 92727 - Fax (0874) 411084

Data ric. ....

Prot. n. ....

Cod. op. ....

Il sottoscritto ..... nato il .....

residente in ..... via ..... N° .....

dipendente dell'impresa ..... chiede l'erogazione della seguente prestazione per:

Protesi odontoiatriche

Borse di studio o Buoni libro

Protesi ortopediche

Materiale scolastico

Protesi acustiche

Colonie marine

Occhiali da vista

Sussidi straordinari

Cure termali

Befana

Ticket sanitari

Sussidio per morte dell'iscritto o di un familiare

A. P. E. S.

Contributo 1<sup>a</sup> casa

.....

Data .....

Firma

.....

## DICHIARAZIONE DELL'IMPRESA

La sottoscritta impresa dichiara che il lavoratore .....  
assunto il ..... alla data del ..... risulta alle proprie dipendenze nel  
cantiere di ..... é stato licenziato il .....

..... Li .....

Timbro e firma .....