



CASSA EDILE DEL MOLISE

86100 CAMPOBASSO - VIA SICILIA N. 116 - TEL. 0874.49231 FAX 0874.60344

Cod. C.E.

AVVERTENZA: La domanda dovrà essere compilata in ogni sua parte.

Il sottoscritto nato a
il residente in via
..... n. codice fiscale n.

dipendente dell'Impresa chiede l'erogazione della prestazione per:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Protesi odontoiatriche | <input type="checkbox"/> Borse di studio o Buoni libro |
| <input type="checkbox"/> Protesi ortopediche | <input type="checkbox"/> Materiale scolastico |
| <input type="checkbox"/> Protesi acustiche | <input type="checkbox"/> Colonie marine |
| <input type="checkbox"/> Occhiali da vista | <input type="checkbox"/> Sussidi straordinari |
| <input type="checkbox"/> Cure Termali | <input type="checkbox"/> Befana |
| <input type="checkbox"/> Tickets sanitari | <input type="checkbox"/> Sussidio per morte dell'iscritto o di un familiare |

Nel presente riquadro devono essere riportati i dati relativi al congiunto per il quale viene richiesta la prestazione

Cognome e nome data di nascita
codice fiscale rapporto di parentela

Firma del lavoratore

Data

Firma del beneficiario

DICHIARAZIONE DELLA DITTA

Cod. C.E.

La sottoscritta impresa dichiara che il lavoratore
assunto il alla data odierna risulta alle proprie dipendenze nel cantiere di
..... ed a favore dello stesso vengono effettuati i previsti accantonamenti
presso la Cassa Edile del Molise di Campobasso.

Data

Timbro e Firma