

PARTE RISERVATA AL LAVORATORE

SPETT.LE
CASSA EDILE DI CAPITANATA
V.LE OFANTO ANGOLO C.SO DEL MEZZOGIORNO
DI FRONTE ALL'ENEL
71100 FOGGIA

Il sottoscritto nato il
residente a in Via telef.
dipendente dell'Impresa **CHIEDE** la prestazione per:

- ☐ 1.00 Assegno funerario alla famiglia
- ☐ 2.00 Borsa o premio di studio ☐ 2.01 universitaria ☐ 2.02 media superiore ☐ 2.03 media inferiore
- ☐ 3.00 Cure termali
- ☐ (*) 4.00 Indumenti e calzature da lavoro 4.01 taglia vestiario n. 4.02 scarpe antinfortunistiche n.
- ☐ 5.00 Indennità di disoccupazione invernale involontaria
- ☐ 6.00 Protesi: ☐ 6.01 acustica ☐ 6.02 dentaria ☐ 6.03 oculistica ☐ 6.04 ortopedica
- ☐ 7.00 Premio "primo giorno di scuola": - taglia del grembiule n.: - colore del grembiule:
- ☐ 8.00 Soggiorni climatici per minori: - taglia vestiario n.: - scarpe n.:
- ☐ 9.00 Soggiorni per lavoratori
- ☐ 10.00 Sussidio straordinario
- ☐ 11.00

(*) LA DOMANDA VA PRESENTATA SOLTANTO: - DAI NUOVI ISCRITTI ALLA CASSA EDILE - O IN CASO DI VARIAZIONE DI TAGLIA.
N.B.: CONTRASSEGNARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA

Nel presente riquadro riportare i dati relativi al familiare per il quale viene richiesta la prestazione

Cognome e Nome: data di nascita:
grado di parentela codice fiscale: .I..... I

Documentazione allegata

1
2
3
4

Si riserva di inviare:

1
2
3
4

Eventuali altre comunicazioni

Data:

Firma del beneficiario: Firma del lavoratore:

DICHIARAZIONE DELL'IMPRESA

La sottoscritta impresa: dichiara che l'operato di cui sopra assunto in
data è, alla data odierna, in forza nel cantiere di:

I versamenti degli accantonamenti a favore dello stesso lavoratore, sono stati effettuati presso la Cassa Edile di:

data:

TIMBRO E FIRMA DELL'IMPRESA

IL PRESENTE DOCUMENTO È OBBLIGATORIO
SOLO PER LE RICHIESTE DI RIMBORSO DELLE
PROTESI DENTARIE

SPETT.LE
CASSA EDILE DI CAPITANATA
V.LE OFANTO ANGOLO C.SO DEL MEZZOGIORNO

71100 FOGGIA

IL SOTTOSCRITTO: ESERCENTE LA PROFESSIONE DI MEDICO-DENTISTA CON
SEDE IN VIA C.F. e/o PART. IVA

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', CHE AL SIG. NATO IL
RESIDENTE IN..... VIA

SONO STATE ESEGUITE LE PRESTAZIONI IN CALCE INDICATE:

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA O DELLA CESSIONE	QUANTITA' N.	COSTO UNITARIO	COSTO COMPLESSIVO
1) ELEMENTI SU PROTESI MOBILE IN REGINA			
2) ELEMENTI SU PROTESI MOBILE PER SCHELETRATO: - SU SCHELETRATO SUPERIORE - SU SCHELETRATO INFERIORE			
3) GANCI SU SCHELETRATO: - SU SCHELETRATO SUPERIORE - SU SCHELETRATO INFERIORE			
4) PROTESI FISSA IN ORO - RESINA			
5) PROTESI FISSA IN PORCELLANA			
6) CORONA METALLICA O ALTRA LEGA NOBILE			
7) CURE ODONTOIATRICHE - CHIRURGICHE - CONSERVATIVE			
8) ESTRAZIONI			
9) DETARTRASI			
10) TERAPIA ORTODONTICA			
11) APPARECCHIO ORTODONTICO			
12) VISITA MEDICA			
TOTALE Lit.			
ALLA DATA ODIERNA, L'IMPORTO TOTALE SOPRA INDICATO E' STATO INTERAMENTE PAGATO, COME RISULTA DA FATTURA ALLEGATA. IN CASO DI DICHIARAZIONE MENDACE, LA CASSA EDILE SI RISERVA DI PROMUOVERE TUTTE LE INIZIATIVE A TUTELARE, NELLE SEDI COMPETENTI, GLI INTERESSI LEGITTIMI DELLA STESSA.			

DATA,

.....
(TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO DENTISTA)

ESERCIZIO FINANZIARIO:		DESCRIZIONE:	
OGGETTO PRESTAZIONE:	N.:		
PROTOCOLLO N.:			
DATA DI ARRIVO:			
COGNOME E NOME:		DATA DI NASCITA:	
PATERNITA':		DATA DI NASCITA:	
RESIDENZA:	VIA:		

REQUISITI RICHIESTI

☐ TOTALE ORE (MINIMO 450):

☐ IMPRESA PRESSO LA QUALE RISULTA ESSERE IN SERVIZIO ALLA DATA DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA O DELL'EVENTO:

☐ IMPORTO ACCANTONATO:

☐ IMPRESA IN REGOLA ALLA DATA DELLA DOMANDA O DELL'EVENTO: SI NO

BORSE DI STUDIO

MERITO SCOLASTICO:	VOTAZIONE MEDIA:	PUNTEGGIO:
CONDIZIONI DISAGIATE DI FAMIGLIA:	REDDITO Lit.	«
COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE:	N. FIGLI A CARICO:	«
		TOTALE PUNTEGGIO:

IMPORTO DA EROGARE Lit.:

NOTE:

PARERE DEL PREPOSTO ORGANISMO:

FOGGIA,

UFFICIO PRESTAZIONI ASSISTENZIALI
CAPO UFFICIO

IL DIRETTORE

SERVIZIO CONTABILITA' GENERALE
CAPO SERVIZIO

Prestazioni in vigore

(Art. 25 del Regolamento Generale della Cassa Edile di Capitanata)

Requisiti per le prestazioni: 450 ore lavorative nei dodici mesi precedenti l'evento; - presenza lavorativa alla data dell'evento

Assistenze Erogate	Beneficiari	Importi o fornitura	Documenti	Scadenze
CURE TERMALI	Lavoratori	Sussidio a titolo di concorso spese. Da definire annualmente	1) Mod. D/2; 2) Impegnativa A.S.L.; 3) Cert. Stab. Termale.	ENTRO 90 GG. dal termine della cura
PROTESI: 1. ACUSTICHE 2. DENTARIE 3. OCULISTICHE 4. ORTOPEDICHE	Lavoratore e famiglia	Rimborso del 50% della spesa sostenuta: Fino ad un massimo di Lit. 1.000.000 a biennio (dall'1/10 al 30/9) e per ogni famiglia.	1) Prescrizione medica; 2) Fattura originale di acquisto della protesi; 3) Attestazione del medico dentista; 4) Stato di famiglia.	ENTRO 60 GG. dallo svolgimento dell'intervento
PREMI DI STUDIO	Lavoratori studenti e figli di lavoratori Requisito obbligatorio: presenza lavorativa nel mese di	Da un minimo di Lit. 100.000 ad un massimo di Lit.600.000 per studenti universitari.	1) Stato di famiglia; 2) Certificato di studio.	30 SETTEMBRE
		SCUOLA		
		Media inferiore - Certificato riportante il giudizio finale dell'anno scolastico; - fotocopia del diploma per gli alunni di terza media. - LUGLIO	Media superiore - Indicazione dei voti riportati nella sessione estiva; - fotocopia del diploma per gli alunni che hanno sostenuto gli esami di maturità. - LUGLIO	Università - Certificato di studio con l'elenco degli esami superati e dei voti riportati nell'anno accademico compresa la sessione straordinaria; - copia del piano di studi approvato dalla Facoltà. - MARZO
PREMIO "1° GIORNO DI SCUOLA"	Figli di lavoratori frequentanti la 1ª classe Elementare	Zaino con grembiule e materiale per la scuola.	1) Stato di famiglia; 2) Certificato di iscrizione alla 1ª classe elementare.	31 AGOSTO
SOGGIORNI CLIMATICI	Figli di lavoratori (limite di età: dai 6 ai 12 anni).	Rette e viaggio a carico della Cassa Edile	1) Stato di famiglia; 2) Fotocopia del libretto sanitario.	31 MARZO
SOGGIORNO PER LAVORATORI	Coniuge e lavoratore (limite di età: dai 50 ai 60 anni)	Soggiorno e viaggio a carico della Cassa Edile	1) Stato di famiglia; 2) Certificato di idoneità.	Su segnalazione della Cassa Edile
ASSEGNO FUNERARIO ALLA FAMIGLIA	Coniuge e lavoratore	L. 1.000.000 fisso (+ lit. 150.000 per ogni figlio a carico soltanto in caso di decesso del lavoratore).	1) Stato di famiglia integrale; 2) Certificato di morte.	ENTRO 120 GG. dalla data del decesso
INDENNITA' DI DISOCCUP. INVERNALE INVOLONTARIA (Solo se respinta dall'INPS per insufficienza contributiva)	Lavoratore	L. 5.000 al giorno Periodo: 1 dicembre 31 marzo successivo	1) Dichiarazione INPS; 2) Dichiarazione Ufficio del Lavoro.	30 GIUGNO
SUSSIDIO STRAORDINARIO	Lavoratore	30% delle spese fino ad un max di L. 1.000.000	1) Stato di famiglia; 2) Docum. comprovante lo stato di necessità; 3) Nota spese sostenute.	A richiesta del lavoratore
INDUMENTI E CALZATURE DA LAVORO	Lavoratore	Indumenti e/o calzature		Su segnalazione della Cassa Edile
ATTIVITA' FORMATIVE E CULTURALI	Lavoratore	Pubblicazioni		
INTEGRAZIONE INDENNITA' DI MALATTIA	Lavoratore	Quote previste dal C.C.N.L.	1) Mod. DOM Impresa; 2) Certificato medico; 3) Busta paga.	
INDENNITA' PER INFORTUNIO O MAL. PROFESSIONALE	Lavoratore	Quote previste dal C.C.N.L.	1) Mod. DOM Impresa; 2) Certificato medico; 3) Busta paga.	

LA RICHIESTA, PER QUALSIASI PRESTAZIONE, VA INOLTRATA SU MODELLO CASSA EDILE

Orario di sportello: dal Lunedì al Venerdì

MATTINO: ORE 9.00 - 12.30 • POMERIGGIO: ORE 16.00 - 18.00 (escluso il venerdì) – Tel. 0881.335711 - Telefax 0881.639590