

COD. _____

(spazio riservato alla C.E.T.I.M.A.)

Spett. le **C.E.T.I.M.A.**

via Marinella, 27

91100 TRAPANI

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente in _____ c.a.p. _____

nella via _____ n. _____

tel. (1) _____ tel. (2) _____

CHIEDE

per il **figlio/a** _____

di usufruire della prestazione di **DISABILITA'** prevista dall'art. 7 lett. d) del

Contratto Integrativo Provinciale 21/05/07.

DICHIARA di essere alle dipendenze dell' Impresa

Allega alla presente:

- 1) Certificato attestante di essere alle dipendenze di Impresa iscritta alla Cassa riportante data aggiornata;**
- 2) Stato di famiglia in copia originale. No Autocertificazione;**
- 3) Certificazione attestante la condizione di disabilità psichica e/o fisica del figlio/a, in misura superiore 70% aggiornata all'anno in corso;**
- 4) Copia del pagamento indennità aggiornata all'anno in corso.**

Sicuro di un benevole accoglimento della presente istanza, ringrazia e porge distinti saluti.

DATA

FIRMA