

COD. \_\_\_\_\_  
PROT. \_\_\_\_\_

Spett.le **C.E.T.I.M.A.**  
Via Marinella, 27  
91100 TRAPANI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
con domicilio nella via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. (1) \_\_\_\_\_ tel. (2) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ del defunto Lav. Edile \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ COD. \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di usufruire della prestazione **ASSISTENZA ALLE FAMIGLIE DEGLI OPERAI DECEDUTI**  
così come previsto dall'art. 7 alla lettera a) del Contratto Integrativo Provinciale 22/05/03  
Allega alla presente:

1. **Certificato di morte;**
2. **Certificato di Stato di famiglia alla data della morte - no autocertificazione;**
3. **Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di Notorietà, dove risulta che non è stata pronunciata sentenza di separazione legale passata in giudicato fra la stessa e il dante causa;**

Sicuro di un benevolo accoglimento della presente richiesta, ringrazia e porge distinti saluti.

FIRMA