

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

la fornitura di **OCCHIALI da VISTA** con spese a totale carico di Codesta
Cassa, così come previsto dall'art. 7 lettera g) del **Contratto Integrativo Provinciale**
22/05/07.

per il figlio/a _____

DICHIARA di essere alle dipendenze dell' Impresa

Allega alla presente la seguente documentazione:

**1) Certificato attestante di essere alle dipendenze di Impresa iscritta alla
Cassa riportante data aggiornata.**

2) Stato di famiglia in copia originale. NO AUTOCERTIFICAZIONE.

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

DATA

FIRMA