

MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI

Riservato alla Cassa

Cassa Edile Arezzo
Viale Mecenate, 29/C
52100 Arezzo (AR)

Il sottoscritto _____ nato il _____

Residente a _____ CAP _____

Indirizzo _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

Inoltra la presente domanda al fine di ottenere la/le prestazione/i sotto specificata/e:
(indicare barrando la/e casella/e)

PRESTAZIONE	DOCUMENTI DA ALLEGARE
☐ Protesi dentarie	☒ Dichiarazione datore di lavoro (vd. retro mod. n°1) ☒ Dichiarazione del medico dentista (vd. retro mod. n°2) ☒ Fattura in originale
☐ Occhiali e lenti a contatto fisse	☒ Dichiarazione datore di lavoro (vd. retro mod. n°1) ☒ Documentazione del medico o dell'ottico ☒ Fattura in originale
☐ Apparecchi acustici	☒ Dichiarazione datore di lavoro (vd. retro mod. n°1) ☒ Dichiaraz. del medico otorinolaringoiatra (vd. retro mod. n°3) ☒ Fattura in originale
☐ Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	☒ Dichiarazione datore di lavoro (vd. retro mod. n°1) ☒ Dichiarazione del medico specialista (vd. retro mod. n°4) ☒ Fattura in originale
☐ Premio giovani	☒ Dichiarazione datore di lavoro (vd. retro mod. n°1)
☐ Premio matrimoniale	☒ Certificato di matrimonio ☒ Dichiarazione datore di lavoro (vd retro mod. n°1)
☐ Sussidio straordinario	☒ Dichiarazione datore di lavoro (vd. retro mod. n°1) ☒ Dichiarazione attestante la gravità della situazione e l'effettivo stato di bisogno in cui si trova l'operaio ☒ Documentazione comprovante le eventuali spese sostenute

Il sottoscritto, nel caso di dimostrata falsa dichiarazione, si impegna a restituire le somme illecitamente percepite, autorizzando comunque la Cassa Edile a trattenerle dalle eventuali spettanze dovute.

Data _____ Firma del lavoratore iscritto _____



TAGLIANDO PER IL LAVORATORE

Il lavoratore _____ ha presentato domanda in data _____ al fine di ottenere il contributo per:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| ☐ Protesi dentarie | ☐ Occhiali e lenti a contatto fisse | ☐ Apparecchi acustici | ☐ Premio giovani |
| ☐ Visite specialistiche e accertamenti diagnostici | ☐ Premio matrimoniale | ☐ Sussidio straordinario | |

DICHIARAZIONI

Mod.1 – Dichiarazione del datore di lavoro

La sottoscritta impresa dichiara che il lavoratore..... assunto in data..... è
alle nostre dipendenze alla data del..... e che gli adempimenti sul suo conto vengono effettuati presso la Cassa Edile di

.....
(Timbro e firma dell'Impresa)

Mod.2 – Dichiarazione del medico dentista

Io sottoscritto Dott..... dichiaro che in data..... o nel periodo dal al.....
ho sostituito con protesi n°..... denti al Signor.....
I denti sostituiti sono i seguenti.....

.....li.....
(Timbro e firma del Medico)

ATTENZIONE: La Cassa Edile ha facoltà di convocare in qualsiasi momento il lavoratore per essere sottoposto a visita da parte di Medico di fiducia per la verifica dei denti sostituiti.

Mod.3 – Dichiarazione del medico otorinolaringoiatra

Io sottoscritto Dott..... dichiaro di aver sottoposto a visita il Signor.....
in data..... e dichiaro altresì che il paziente stesso necessita di n°..... protesi acustica/che – Dx ☐ Sx ☐

.....li.....
(Timbro e firma del Medico)

Mod.4 – Dichiarazione del medico specialista

Io sottoscritto Dott..... dichiaro di aver sottoposto a visita/prestazione specialistica il
Signor..... in data..... o nel periodo dal..... al.....

.....li.....
(Timbro e firma del Medico)