

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ pos. Cassa Edile \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ domiciliato a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

attualmente occupato presso  
l'impresa \_\_\_\_\_

preso atto dei Regolamenti vigenti, dichiarando la propria disponibilità ad eventuali controlli disposti dalla Cassa Edile, inoltra la presente domanda al fine di ottenere la/e prestazione/i sotto specificata/e:  
(indicare barrando la/e casella/e)

**CURE E PROTESI DENTARIE**

Se interessati i familiari dei lavoratori compilare il modulo 5 sul retro della domanda

Allegare (anche nel caso dei familiari)

- dichiarazione datore di lavoro (vd. retro mod. n.1)
- fattura o ricevuta in originale
- dichiarazione del Medico Dentista (vd. retro mod. n.2)

**PROTESI ACUSTICHE**

Se interessati i familiari dei lavoratori compilare il modulo 5 sul retro della domanda

Allegare (anche nel caso dei familiari)

- dichiarazione datore di lavoro (vd. retro mod. n.1)
- fattura o ricevuta in originale
- dichiarazione del Medico Otorinolaringoiatra (vd. retro mod. n.3)

**PROTESI OCULISTICHE**

Se interessati i familiari dei lavoratori compilare il modulo 5 sul retro della domanda

Allegare (anche nel caso dei familiari)

- dichiarazione datore di lavoro (vd. retro mod. n.1)
- fattura o ricevuta in originale

**TERAPIE POST INTERV. CHIRURGICI**

Se interessati i familiari dei lavoratori compilare il modulo 5 sul retro della domanda

Allegare (anche nel caso dei familiari)

- dichiarazione datore di lavoro (vd. retro mod. n.1)
- fattura o ricevuta in originale
- dichiarazione del Medico specialista (vd. retro mod. n.4)

**INABILITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO SUL LAVORO O MAL. PROF.LE**

Allegare:

- copia della lettera dell'INAIL relativa alla notifica del grado di inabilità permanente accertato

**INABILITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO AL DI FUORI DEL LAVORO**

Allegare:

- dichiarazione con la descrizione dell'incidento
- dichiarazione in caso di responsabilità di terzi

**ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

Se interessati i familiari dei lavoratori compilare il modulo 5 sul retro della domanda

Allegare (anche nel caso dei familiari)

- dichiarazione datore di lavoro (vd. retro mod. n.1)
- fattura o ricevuta in originale
- richiesta del Medico di famiglia

**VISITE SPECIALISTICHE**

Se interessati i familiari dei lavoratori compilare il modulo 5 sul retro della domanda

Allegare (anche nel caso dei familiari)

- dichiarazione datore di lavoro (vd. retro mod. n.1)
- fattura o ricevuta in originale
- richiesta del Medico di famiglia

**RIMBORSO GIORNATA PER VISITE SPECIALISTICHE**

Allegare:

- dichiarazione datore di lavoro attestante data e ore di assenza dal lavoro
- dichiarazione del Medico Specialista che attesti data e ora della visita

**PREMIO GIOVANI SCUOLA EDILE**

Allegare:

- dichiarazione datore di lavoro (vd. retro mod. n.1)

**PREMIO GIOVANI 17 ANNI**

Allegare:

- dichiarazione datore di lavoro (vd. retro mod. n.1)

**PREMIO INSERIMENTO NEL SETTORE**

Allegare:

- dichiarazione datore di lavoro (vd. retro mod. n.1)

**PREMIO MATRIMONIALE**

Allegare:

- copia del certificato di matrimonio

A completamento della presente domanda, viene allegata, per ogni prestazione, la documentazione sopra descritta. Relativamente alle terapie post interventi chirurgici il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di non avere diritto a contributi per stipula di polizze assicurative. 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. Relativamente alle altre prestazioni il sottoscritto dichiara di non aver ricevuto contributi allo stesso titolo da altre Casse Edili

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del lavoratore iscritto

# DICHIARAZIONI

## MOD. 1 - DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO (da compilare per tutte le prestazioni)

A \_\_\_\_\_ richiesta dell'interessato si dichiara che il  
Sig. \_\_\_\_\_  
assunto il \_\_\_\_\_ alla data odierna risulta regolarmente occupato presso la sottoscritta impresa  
Data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ timbro e firma dell'impresa

## MOD. 2 - CURE E PROTESI DENTARIE - dichiarazione del Medico Dentista

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara che nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ha  
sottoposto il  
paziente Sig. \_\_\_\_\_ \*alle seguenti estrazioni, cure o protesi:  
\*(indicare, se il paziente è un familiare del lavoratore, se trattasi di coniuge o figlio, indicando il nome e cognome del familiare stesso)  
(contrassegnare i denti interessati con una crocetta negli schemi sotto riportati e SEPARATAMENTE per estrazioni, cure e protesi)

ESTRAZIONI	DX	8 7 6 5 4 3 2 1	SX	1 2 3 4 5 6 7 8
		8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8
CURE	DX	8 7 6 5 4 3 2 1	SX	1 2 3 4 5 6 7 8
		8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8
PROTESI	DX	8 7 6 5 4 3 2 1	SX	1 2 3 4 5 6 7 8
		8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8

Luogo e data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Timbro e firma del Medico dentista

## MOD. 3- PROTESI ACUSTICHE - dichiarazione del Medico Otorinolaringoiatra

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver sottoposto a visita il Sig. \_\_\_\_\_ \*  
\*(indicare, se il paziente è un familiare del lavoratore, se trattasi di coniuge o figlio, indicando il nome e cognome del familiare stesso)  
nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Dichiara altresì che è stata riscontrata una perdita uditiva non inferiore a 55 db e che il paziente stesso necessita di n° \_\_\_\_\_ protesi acustica/che -  
DX  SX

Luogo e data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Timbro e firma del Medico otorinolaringoiatra

## Mod. 4- TERAPIE POST CHIRURGICHE - dichiarazione del Medico Specialista

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara che, il paziente Sig. \_\_\_\_\_  
\* (indicare, se il paziente è un familiare del lavoratore, se trattasi di coniuge o figlio, indicando il nome e cognome del familiare stesso)  
a seguito del seguente intervento chirurgico \_\_\_\_\_ effettuato in  
data \_\_\_\_\_  
necessita delle seguenti terapie riabilitative (specificare eventuali apparecchiature da utilizzare)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Luogo e data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Timbro e firma del Medico specialista

## Mod. 5- RICHIESTA PRESTAZIONI SANITARIE EFFETTUATE DAI FAMILIARI (da compilare a cura del lavoratore)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazione mendace, dichiara  
che i seguenti familiari sono conviventi e fiscalmente a carico:  
\_\_\_\_\_ (coniuge) \_\_\_\_\_ (figlio) \_\_\_\_\_ (figlio) \_\_\_\_\_ (figlio)  
Luogo e data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Firma del lavoratore

**NOTA: Il lavoratore, anche nel suo stesso interesse, è tenuto a dichiarare se richiede le prestazioni sanitarie per i familiari compilando il modulo n.5.**