

Spett.
Cassa Edile Pratese
Via Marini, 28
59100 Prato (PO)

Il sottoscritto _____ pos. Cassa Edile _____
Nato il _____ domiciliato a _____
Via/ piazza _____ n. _____ CAP _____ Tel _____
Attualmente occupato presso l'impresa _____

Preso atto dei regolamenti vigenti, dichiarando la propria disponibilita' da 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)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CURE DENTARIE | <input type="checkbox"/> PROTESI DENTARIE |
| <input type="checkbox"/> PROTESI ACUSTICHE | <input type="checkbox"/> PROTESI OCULISTICHE |
| <input type="checkbox"/> ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI | <input type="checkbox"/> VISITE SPECIALISTICHE |
| <input type="checkbox"/> PREMIO GIOVANI | <input type="checkbox"/> PREMIO MATRIMONIO |
| <input type="checkbox"/> TERAPIE POST INTERVENTI CHIRURGICI | |

Verifica del diritto alla prestazione

Iscrizione dal _____ al _____
Ditta _____ codice n. _____
Ultima prestazione ordinaria APE percepita
Maggio _____ n. _____

A completamento della presente domanda, viene allegata per ogni prestazione, la documentazione occorrente. Relativamente alle terapie post interventi chirurgici il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilita' di non aver 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 dovutegli. Relativamente alle cure e protesi dentarie il sottoscritto dichiara di non aver ricevuto contributi allo stesso titolo da altre Casse Edili.

Data _____

Firma del lavoratore iscritto

