

DICHIARAZIONE

Da compilarsi a cura del lavoratore richiedente l'assistenza e da allegare alla domanda assieme agli altri documenti richiesti.



VIA COL DI LANA, 86 (COND. SAN LUCA)
UFFICIO ASSISTENZE

IL SOTTOSCRITTO LAVORATORE EDILE

Cognome e nome		Nato il
Residente a	CAP	Provincia
Frazione	Via e n. civico	Tel.

CHIEDE LA PRESTAZIONE PER IL SEGUENTE FAMILIARE A CARICO

N.	COGNOME E NOME	NATO IL	GRADO DI PARENTELA
1			
2			
3			

Allega in proposito certificato di stato famiglia (non è consentita l'autocertificazione in virtù del DPR 28/12/2000 n. 445). Qualora il certificato di stato famiglia fosse rilasciato dalla competente Autorità di uno Stato estero, lo stesso va corredato da traduzione in lingua italiana autenticata dall'Autorità Consolare Italiana che ne attesta la conformità all'originale.

*) I FAMILIARI DEL LAVORATORE DEVONO RISULTARE A CARICO DELLO STESSO AI FINI DELLE DEDUZIONI PER CARICHI DI FAMIGLIA DI CUI ALL'ART. 12 DEL T.U.I.R.

RISERVATO ALLA CASSA EDILE

IN FEDE

(firma per esteso del lavoratore)

data

IMPORTANTE:

La presente dichiarazione, da compilarsi a cura del lavoratore, va allegata alla domanda di assistenza (mod. 30/B) per:

- 1 - CURE E PROTESI DENTARIE PER FAMILIARI A CARICO (\$H Regolamento Assistenze)
- 2 - PROTESI ACUSTICHE, OCULISTICHE ED ORTOPEDICHE PER FAMILIARI A CARICO (\$I Regolamento Assistenze)

In ottemperanza al Decreto Legislativo n. 196/2003, codice in materia dei dati personali, si garantisce la massima riservatezza nel trattamento dei dati forniti che saranno trattati da incaricati individuati ed utilizzati esclusivamente per lo scopo della presente domanda di assistenza. Titolare del trattamento è la Cassa Edile con sede a Belluno in Via Col di Lana, 86 al cui responsabile della privacy è possibile chiedere la cancellazione, l'aggiornamento o la rettifica dei dati personali.

Il sottoscritto _____ (nome e cognome del familiare fruitore dell'assistenza), autorizza la Cassa Edile al trattamento dei dati personali per le finalità oggetto della presente..

Firma del familiare (da compilare e sottoscrivere obbligatoriamente)