

ANNO: .....

Alla



N°.Posizione .....

Il sottoscritto ..... nato il .....

e residente a .....

(c.a.p.)

(comune)

(via o frazione)

(n°)

dichiarando di essere a piena conoscenza del Programma di Assistenze vigente,

**chiede l'assistenza di seguito indicata:**

1) **Concorso alle spese sostenute per protesi oculistiche (occhiali)**

Lavoratore

Familiare a carico .....

2) **Concorso alle spese sostenute per protesi acustiche**

Lavoratore

Familiare a carico .....

3) **Concorso alle spese sostenute per protesi ortopediche**

Lavoratore

Familiare a carico .....

4) **Concorso alle spese sostenute per protesi dentarie, cure dentarie ed apparecchi ortodontici;**

Lavoratore

Familiare a carico .....

5) **Assegno Matrimoniale;**

6) **Sussidio per decesso conseguente a malattia o t.b.c.**

Lavoratore

Familiare a carico .....

7) **Assegno di studio - anno scolastico ...../.....**

per il/la figlio/a ..... nato/a il .....

Secondaria 1° grado ( ex Media Inferiore)

Secondaria 2° grado ( ex Media Superiore)

Università

8) **Assegno per conseguimento del diploma / laurea**

per il/la figlio/a ..... nato/a il .....

Attestato di Qualifica

Diploma

Laurea breve

Laurea

9) **Sussidio straordinario per .....**

10) **Assegno per infortunio extraprofessionale**

Invalidità permanente

Morte

- a pena di esclusione per dodici mesi dalle provvidenze in programma, **assicura** di non aver domandato e/o ricevuto da altre Casse Edili assistenza analoga a quella sopra richiesta

li, .....

(firma del richiedente)

allega i seguenti documenti (vedi retro):

.....

.....

Codice Impresa

**Dichiarazione dell'impresa**

**Si dichiara** che il richiedente alla data dell'evento (vedi retro), si trovava alle nostre dipendenze ed era attivo in Provincia di Treviso.

**Si dichiara** sulla base dei documenti in nostro possesso che il Signor

..... gode delle **Detrazioni Fiscali** per il familiare

..... nato il .....

li, .....

(timbro e firma)

**Spazio riservato alla Cassa Edile**

**Assistenza al lavoratore per i familiari- Consenso del familiare al trattamento dei dati personali (D.Lgs.196/2003)**

Il/I sottoscritto/i esprime/ono il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dal D.Lgs.196/2003 con particolare riguardo a quelli cosiddetti sensibili nei limiti e per la durata precisati nell'informativa consegnata al richiedente la presente assistenza.

Cognome	Nome	Tipo Parentela	Firma

nota: Il consenso deve essere sottoscritto dai familiari maggiorenni

## REQUISITI PER IL DIRITTO ALLE ASSISTENZE PER L'OPERAIO E I FAMILIARI

- ◆ Il lavoratore deve trovarsi alle dipendenze di Impresa iscritta ed in regola con i versamenti contributivi:
  - nel mese della prestazione sanitaria ( come da fattura a saldo ) per le assistenze di cui a punti 1) 2) 3) 4);
  - nel mese del matrimonio per l'assistenza di cui al punto 5);
  - nel mese del decesso per l'assistenza di cui al punto 6);
  - nel mese della domanda per l'assistenza di cui al punto 7).
  - alla data del conseguimento dell'attestato di qualifica, del diploma e della laurea per l'assistenza di cui al punto 8);
  - al momento in cui si verifica la situazione da sovvenire per le provvidenze di cui al punto 9);
  - nell'anno ( 1° ottobre-30 settembre) dell'evento di infortunio extraprofessionale per l'assistenza di cui al punto 10);
- ◆ il lavoratore deve far valere versamenti presso la Cassa edile per almeno 500 ore lavorative nei 12 mesi precedenti l'evento.(\*)

### TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE E DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Tipo di Assistenza	Importi per		Termine presentazione	Documentazione
	intervento	nucleo familiare ( familiari fiscalmente a carico)		
<b>Concorso alle spese sostenute per:</b>				
1) Protesi oculistiche.....	50%	300 €	Entro 90 giorni dalla fattura a saldo	a) Fattura originale a saldo attestante la spesa complessivamente sostenuta e contenente in dettaglio le prestazioni effettuate (NB.con la eventuale imposta di bollo) b) dichiarazione del medico curante o del fornitore attestante l'identità della persona cui la prestazione è effettuata
2) Protesi acustiche.....	50%	500 €		
3) Protesi ortopediche.....	50%	900 €		
4) Protesi dentarie, cure dentarie ed apparecchi ortodontici	50%	1.500 €		
5) Assegno matrimoniale	500 €		Entro 90 giorni dalla data del matrimonio	Certificato di Matrimonio
6) Sussidio per decesso conseguente a malattia o t.b.c.  - del lavoratore(da destinare agli eredi)  - del familiare fiscalmente a carico	1.000 €  500 €		Entro 90 giorni dal decesso	a) certificato di morte; b) attestazione medica che il decesso è avvenuto a seguito di malattia ordinaria o t.b.c.; INOLTRE c) stato di famiglia del defunto; d) dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante i nominativi degli eredi legittimi e/o testamentari ; e) autorizzazione del Giudice Tutelare per gli eventuali eredi minorenni; f) per la riscossione: eventuale delega alla riscossione per i coeredi maggiorenni.
7) Assegno di studio per i figli fiscalmente a carico e per l'anno scolastico in corso  Secondaria 1°grado( ex Media Infer.) Secondaria 2°grado( ex Media Sup.) Università.....	100 € 250 € 300 €		Entro il 31 dicembre successivo alla data di iscrizione.	a) attestato di iscrizione relativo all'anno scolastico o accademico cui si riferisce la domanda; b) dichiarazione di non ripetenza per le scuole secondarie di 1° e 2° grado e di regolarità di corso per gli studenti universitari;
8) Assegno di studio per i figli fiscalmente a carico e per il conseguimento (**)(***) Attestato di Qualifica ..... Diploma ..... Laurea breve..... Laurea .....	250 € 350 € 350 € 450 €		Entro 90 giorni dal conseguimento dell'attestato di qualifica, del diploma o della laurea	Copia dell'Attestato di Qualifica, del Diploma o della Laurea
9) Sussidio straordinario	a discrezione del Comitato di Gestione		Entro 90 giorni dal verificarsi dello stato di necessità	a) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi e/o dell'I.S.E. b) altra eventuale documentazione a giudizio del Comitato di Gestione
10) Assegno per infortunio extraprofessionale (*) Invalidità permanente..... Morte .....	10.000 € 5.000 €		Entro 15 giorni dall'evento	- invalidità permanente: certificazione medica relativa al grado di invalidità riscontrata - morte: certificato di morte

(\*) requisito non richiesto

(\*\*) L'importo erogato è proporzionalmente ridotto per i mesi di mancato versamento contributivo alla Cassa Edile di Treviso.

(\*\*\*) Il conseguimento del diploma dopo l'attestato di qualifica o di laurea dopo quello di laurea breve da diritto all'assegno solo per la differenza tra le due prestazioni.

ADESIONE ALLA NORMATIVA COLLETTIVA - Nessuna assistenza può essere fornita al lavoratore che non abbia sottoscritto l'adesione al C.C.N.L., all'Accordo Integrativo Provinciale, allo Statuto ed al Regolamento della Cassa Edile ed il consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs.196/2003). A tal fine il lavoratore deve firmare gli appositi atti di adesione, se già non rilasciati.

**CASSA EDILE E DI ASSISTENZA DELLA PROVINCIA DI TREVISO**

Viale della Repubblica, 235 – 31100 Treviso – Tel. 0422 308826 – Fax 0422 308819  
E-mail: info@cediletreviso.it – http://www.cediletreviso.it – C.F. 80005120268

# DICHIARAZIONE

## Il sottoscritto

.....

consapevole delle responsabilità penali conseguenti alle false certificazioni ( art. 481 c.p.)

## DICHIARA

che la prestazione .....  
di cui alla fattura n. .... del ..... per l'importo di euro ..... è stata  
effettuata esclusivamente alla persona del Sig.....  
nato il ..... ed in suo esclusivo favore.

che la fattura n. .... del ..... per l'importo di euro ..... è stata  
emessa per le seguenti dettagliate prestazioni e per gli importi ad esse corrispondenti:

*Prestazione*

*Importo*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

**NB.** La presente dichiarazione va compilata da chi ha effettuato la prestazione e/o ha emesso la fattura.