



CASSA EDILE DELLA PROVINCIA DI IMPERIA

☒ Via Martiri della Libertà 21E - 18038 SAN REMO (IM) TEL 0184 577058 FAX 0184 577050
SITO WEB: www.cassaedileimperia.it E-MAIL: info@cassaedileimperia.it C.F.: 81004450086

DOMANDA PRESTAZIONI

DATI ANAGRAFICI

LAVORATORE _____ NATO IL _____
DOMICILIATO IN VIA _____ CITTA' _____
N° TEL _____ CODICE FISCALE _____

SITUAZIONE

Segnare con una crocetta il quadratino corrispondente alla situazione interessata:

- IN FORZA PRESSO L'IMPRESA EDILE _____
- o CESSATO IL LAVORO IL ___/___/_____ per licenziamento o dimissioni per pensionamento
 per trasferimento in altra provincia per inizio attività in proprio o passaggio ad altro settore

comunica inoltre che nei 12 mesi precedenti l'evento (es.: data fattura) è stato:

- ISCRITTO presso le seguenti ALTRE CASSE EDILI: sigla Prov. _____ Periodo dal _____ al _____,
sigla Prov. _____ Periodo dal _____ al _____, sigla Prov. _____ Periodo dal _____ al _____.
- IN DISOCCUPAZIONE (come da attestazione allegata).

DATI PER ACCREDITO PRESTAZIONI SU CONTO CORRENTE

INTESTATARIO DEL C/C _____ (indicare se diverso dal lavoratore compilando anche la delega permanente)

BANCA o UFF. POSTALE _____ Indirizzo Filiale o Prov Uff. Postale: _____

CODICE IBAN:

| PAESE | CHECK | CIN | ABI | CAB | NUMERO DI CONTO CORRENTE |
|-------|-------|-----|-----|-----|--------------------------|
| | | | | | |

DELEGA PERMANENTE PER INCASSO PRESTAZIONI

PRIMA DELLA COMPILAZIONE LEGGERE LE ISTRUZIONI SUL RETRO

AL SIG./SIG.RA _____
NATO/A IL _____ A _____ C.F. _____
INDIRIZZO città _____ Via _____

PRESTAZIONI RICHIESTE

- ASSISTENZA per: PROTESI E CURE DENTARIE, OCCHIALI DA VISTA, PROTESI ACUSTICHE E ORTOPEDICHE, ALTRE SPESE SANITARIE, MALATTIA POLMONARE (T.B.C.), CURE TERMALI, ASSEGNO PER DECESSO LAVORATORE O FAMILIARE, ASSEGNO PER INABILITÀ PERMANENTE ASSOLUTA, MUTUO PRIMA CASA
- richiesta per il lavoratore stesso
- richiesta per familiari fiscalmente a carico
(come da attestazione di responsabilità allegata) barrare se l'attestazione di responsabilità per familiari a carico è già stata presentata con precedente domanda e non sono intervenute variazioni
- LIQUIDAZIONE ANTICIPATA ACCANTONAMENTO GNF 14,20%
- 6 mesi (da ottobre a marzo)
- importo fisso € _____,00

Segnare con una crocetta il quadratino corrispondente alla prestazione richiesta

FIRMA

Data _____ Firma _____

ALLEGATI

- ATTESTAZIONE DI RESPONSABILITÀ PER FAMILIARI A CARICO
- ATTESTAZIONE DI RESPONSABILITÀ PER IL PERIODO DI DISOCCUPAZIONE
-

Segnare con una crocetta il quadratino corrispondente agli allegati presentati

PER LA COMPILAZIONE LEGGERE LE NOTE SUL RETRO DELLA PRESENTE