



CASSAEDILE
della Provincia di
RAVENNA

Via M.D'Azeglio, 3
48100 Ravenna
Tel.0544/217170 - Fax 0544/30133

RISERVATO CASSA EDILE	CODICE OPERAIO	CODICE IMPRESA
	FATT. del di EURO X % = EURO	
	FATT. del di EURO X % = EURO	
	GIORNI N° X EURO 15,49 = EURO	
<u>RIMBORSO CONCESSO EURO:</u>		
<input type="checkbox"/> ISCRIZIONE <input type="checkbox"/> 450 ORE <input type="checkbox"/> REGOLARITA' DITTA <input type="checkbox"/> PRESENZA <input type="checkbox"/> STATO DI FAMIGLIA		

DOMANDA DI PRESTAZIONE ANNO _____

Il sottoscritto _____ nato il _____ e residente a _____
in Via _____ n. _____ tel. _____ Cell. _____

CODICE FISCALE _____

dichiarando di essere a conoscenza e di accettare quanto disposto dai vigenti C.C.N.L., C.C.P.L., Statuto e regolamenti della Cassa Edile della Provincia di Ravenna, e confermando la propria adesione alla Cassa Edile di Ravenna

C H I E D E

il contributo spese per le sotto elencate prestazioni:

- 1) **CURE E PROTESI DENTARIE**
 LAVORATORE
 FAMILIARE A CARICO _____
- 2) **PROTESI E APPARECCHI ACUSTICI E APPARECCHI DI PROTESI ORTOPEDICA E PRESIDI TERAPEUTICI**
 LAVORATORE
 FAMILIARE A CARICO _____
- 3) **PROTESI OCULISTICHE**
 LAVORATORE
 FAMILIARE A CARICO _____
- 4) **CURE TERMALI**
 LAVORATORE

Dichiara inoltre di non aver presentato medesima domanda di prestazioni e/o ricevuto assistenza e rimborsi relativamente a quelle sopra richieste a nessun'altra CASSA EDILE o ad altro Ente: AUSL, COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE ECC.

_____ (Data)

_____ (Firma)

DICHIARAZIONE DELL'IMPRESA

Ragione Sociale _____

Si dichiara che il Lavoratore sopra indicato assunto il _____

è alla data odierna, alle dipendenze di questa Impresa e che attualmente gode delle detrazioni d'imposta per i seguenti familiari che risultano a suo carico:

MG
FG
FG

FG
FG
ALTRO

Ha cessato il rapporto di lavoro il _____

Data _____ Timbro e Firma dell'Impresa _____

ALLEGATI:



PER TUTTE LE RICHIESTE RELATIVE AI FAMILIARI A CARICO STATO DI FAMIGLIA IN CARTA SEMPLICE RECENTE

- Cure e protesi dentarie:** fattura originale di un medico dentista quietanzata;
- Protesi ed apparecchi acustici, apparecchi di protesi ortopedica e presidi terapeutici, protesi oculistiche:** certificato attestante la prescrizione medica specialistica da parte dell'USL o dello specialista di fiducia e fattura originale quietanzata;
- Cure termali:** dichiarazione dello stabilimento con indicazione del periodo di effettuazione e certificazione del medico che ha autorizzato il ciclo di cure.