CASSAEDILE
della Provincia di
RAVENNA

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 .....

RIMBORSO CONCESSO EURO: .....

☐ SCRIZIONE ☐ 450 ORE ☐ REGOLARITA' DITTA ☐ PRESENZA ☐ STATO DI FAMIGLIA

DOMANDA DI PRESTAZIONE ANNO _____

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____ e residente a _____

in Via _____ n. _____ tel. _____ Cell. _____

CODICE FISCALE _____ **IMPRESA** _____

dichiaro di essere a conoscenza e di accettare quanto disposto dai vigenti C.C.N.L., C.C.P.L., Statuto e regolamento della Cassa Edile della Provincia di Ravenna. Dichiaro inoltre di non avere presentato richieste di assistenza o rimborsi riferite alle fatture oggetto della presente richiesta di rimborso ad altre Casse Edili, o SANEDIL, COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE od altro.

C H I E D O P E R T A N T O

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 _____

_____ (Data) _____ (Firma)

DICHIARAZIONE DEL LAVORATORE RIFERITA AL FAMILIARE A CARICO

Io sottoscritto _____, nato/a il _____, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 28/12/1990, dichiaro che _____, nato/a il _____ risulta fiscalmente a mio carico

Data _____ Firma del Lavoratore _____

ALLEGATI

☐ **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;

PER TUTTE LE RICHIESTE RELATIVE AI FAMILIARI A CARICO:

☐ Dichiarazione sostitutiva stato di famiglia in carta semplice recente