



CASSAEDILE
della Provincia di
RAVENNA

Via Massimo D'Azeglio n. 3 - 48100 RAVENNA
TEL. 0544217170 - 054430249 FAX 054430133

RICHIESTA SUSSIDIO
PER MALATTIA OLTRE IL PERIODO
DI CONSERVAZIONE DEL POSTO DI LAVORO

Il sottoscritto

Codice fiscale..... nato il e residente a

..... in Via..... n°.....

tel..... dipendente dell'impresa.....

CHIEDE

La liquidazione del sussidio previsto all'art. 36 del Regolamento di codesto spett. Ente.

Ravenna _____

Firma _____

DOCUMENTI ALLEGATI:

- Copia certificati medici*
- Dichiarazione della ditta attestante il perdurare del rapporto di lavoro.*

SPAZIO RISERVATO ALLA CASSA EDILE

CODICE OPERAIO..... CODICE DITTA.....

N° GIORNI X Euro 25,82 = Euro

- Ritenuta d'acconto% = Euro _____

RIMBORSO NETTO Euro

