



**CASSAEDILE**  
della Provincia di  
RAVENNA

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

<b>RISERVATO CASSA EDILE</b>	<b>CODICE OPERAIO</b> .....	<b>CODICE IMPRESA</b> .....
	FATT. del ..... di EURO ..... X ..... % = EURO .....	
	FATT. del ..... di EURO ..... X ..... % = EURO .....	
	GIORNI N° ..... X EURO 15,49 = EURO .....	
	<b><u>RIMBORSO CONCESSO EURO:</u> .....</b>	
	<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.