



## Richiesta Prestazione Extra-contrattuale

Anno \_\_\_\_\_

Il sottoscritto.....  
nato il..... residente in via.....città.....

### CHIEDE UN CONTRIBUTO PER:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CURE/PROTESI DENTARIE | <input type="checkbox"/> OCCHIALI DA VISTA     |
| <input type="checkbox"/> ATTREZZI ORTOPEDICI   | <input type="checkbox"/> VISITE SPECIALISTICHE |
| <input type="checkbox"/> PROTESI ACUSTICHE     | <input type="checkbox"/> RADIOLOGIA            |
| <input type="checkbox"/> ANALISI               | <input type="checkbox"/> T.A.C.                |
| <input type="checkbox"/> RISONANZA MAGNETICA   |  |

### AUTOCERTIFICAZIONE NUCLEO FAMILIARE ( come da normativa vigente )

Coniuge.....nato/a il.....

Figlio/a.....nato/a il.....Figlio/a.....nato/a il.....

Figlio/a.....nato/a il.....Figlio/a.....nato/a il.....

- STRUTTURA CONVENZIONATA ( vedi elenco sul retro )  
 STRUTTURA NON CONVENZIONATA ( necessita certificato medico )

### ALLEGATI RICHIESTI

- FATTURA/RICEVUTA  
 STATO DI FAMIGLIA  
 CERTIFICATO MEDICO ( in caso di struttura non convenzionata )

Il sottoscritto ai sensi del D.L. 196/2003 esprime il consenso al trattamento dei dati personali sia comuni che sensibili ed alla comunicazione degli stessi dati nei limiti e per le finalità della Cassa Edile.

**N. B.: Le richieste vanno inoltrate entro e non oltre il sessantesimo giorno dalla data della Fattura/Ricevuta.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### RISERVATO ALL'IMPRESA

SI ATTESTA CHE IL SUINDICATO LAVORATORE E' STATO ASSUNTO IL.....E RISULTA TUTTORA IN FORZA;  
PER LO STESSO VENGONO EFFETTUATI I PREVISTI ACCANTONAMENTI PRESSO LA CASSA EDILE DI FROSINONE, INOLTRE,  
COME RISULTA DAI LIBRI PAGA/MATRICOLA:

- NON PERCEPISCE ASSEGNI PER NUCLEO FAMILIARE  
 PERCEPISCE ASSEGNI PER NUCLEO FAMILIARE DI N..... PERSONE  
 PERCEPISCE LE DETRAZIONI DI LEGGE PER N. ....

**TIMBRO E FIRMA DELL'IMPRESA**