

IL sottoscritto lavoratore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente in via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_ essendo stato in forza nell'impresa: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

<b>PRESTAZIONI</b>		<b>* Importo Lordo</b>
<p><b>ASSISTENZA AI FIGLI DISABILI</b></p> <p><i>REQUISITI:</i> essere dipendente d'impresa iscritta alla Cassa Edile ed avere 600 ore nei 12 mesi precedenti la presentazione della domanda stessa. La disabilità psichica e/o fisica certificata dagli organi competenti dev'essere in misura superiore al 70% o in possesso di assegno di accompagnamento scolastico nel caso di minori. <b><u>Viene concesso una volta l'anno.</u></b></p>	<p><i>Documentazione:</i> <u>Certificazione Medica Stato di Famiglia</u></p>	<p>* € 500,00</p>
<p><b>CONTRIBUTO PER DECESSO LAVORATORE</b></p> <p><i>REQUISITI:</i> un versamento nei 12 mesi precedenti l'evento.</p>	<p><i>Documentazione:</i> <u>Certificato di Morte Stato di Famiglia</u></p>	<p>* € 1.000,00</p>
<p><b>CONTRIBUTO SPESE LUTTO FAMILIARI</b></p> <p><i>REQUISITI:</i> 600 ore nei 12 mesi precedenti l'evento e che il defunto faccia parte del nucleo familiare del lavoratore .</p>	<p><i>Documentazione:</i> <u>Certificato di Morte Stato di Famiglia</u></p>	<p>* € 200,00</p>
<p><b>SUSSIDIO STRAORDINARIO</b></p> <p><i>REQUISITI:</i> essere dipendente d'impresa iscritta alla Cassa Edile ed avere 600 ore nei 6 mesi precedenti l'evento. <b><u>Viene concesso una volta sola.</u></b></p>	<p><i>Documentazione:</i> <u>Certificazione Medica e Fatture di: RM - TAC - Malattie Oncologiche.</u></p>	<p>È esteso ai familiari a carico (sbarrare la casella):                  Moglie    Figli</p>

**SI DICHIARA CHE NESSUNA DOMANDA E' STATA PRESENTATA NE' VERRA' PRESENTATA AD ALTRA CASSA EDILE**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_