



CASSA EDILE DEL MOLISE

86100 CAMPOBASSO - VIA SICILIA N. 116 - TEL. 0874 49231 FAX 0874 60344

Cod. C.E.

AVVERTENZA: La domanda dovrà essere compilata in ogni sua parte.

Il sottoscritto nato a
il residente in via
..... n. codice fiscale n.

dipendente dell'Impresa chiede l'erogazione della prestazione per:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Protesi odontoiatriche | <input type="checkbox"/> Borse di studio o Buoni libro |
| <input type="checkbox"/> Protesi ortopediche | <input type="checkbox"/> Materiale scolastico |
| <input type="checkbox"/> Protesi acustiche | <input type="checkbox"/> Colonie marine |
| <input type="checkbox"/> Occhiali da vista | <input type="checkbox"/> Sussidi straordinari |
| <input type="checkbox"/> Cure Termali | <input type="checkbox"/> Befana |
| <input type="checkbox"/> Tickets sanitari | <input type="checkbox"/> Sussidio per morte dell'iscritto o di un familiare |

Nel presente riquadro devono essere riportati i dati relativi al congiunto per il quale viene richiesta la prestazione

Cognome e nome data di nascita

codice fiscale rapporto di parentela

Firma del lavoratore

Data

Firma del beneficiario

DICHIARAZIONE DELLA DITTA

Cod. C.E.

*La sottoscritta impresa dichiara che il lavoratore
assunto il alla data odierna risulta alle proprie dipendenze nel cantiere di
..... ed a favore dello stesso vengono effettuati i previsti accantonamenti
presso la Cassa Edile del Molise di Campobasso.*

Data

Timbro e Firma