



Via Nobel, 13/A
43122 Parma
Tel 0521/1915013
Fax 0521/606107
www.parmaedile.it
sussidi@parmaedile.it

RISERVATO CE	CODICE LAV.
N.P.....	
N.P.....	
N.P.....	
N.P.....	
N.P.....	

MODULO SUSSIDIO IN VIGORE DAL 03/11/2017

(IMPORTANTE PER OGNI SUSSIDIO ALLEGARE LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA)
VEDERE TABELLA www.parmaedile.it

Il sottoscritto _____ nato il _____
e residente a _____ Via _____
Tel/Cell _____
Dipendente dell'Impresa _____
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 di Parma e confermando la propria iscrizione alla Cassa Edile di Parma **CHIEDE** il contributo per le sotto indicate prestazioni

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA

Indicare solo la parte che interessa

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Assegno Matrimoniale 2. Nascita primo e secondo figlio 3. Rette Asilo Nido 4. Rette Scuola Materna 5. Figlio a carico che frequenta :
- la scuola media;
- la scuola superiore 6. Figli a carico che frequenta l'università 7. Occhiali da vista o intervento correttivo 8. Protesi e cure dentarie 9. Busti Ortopedici 10. Apparecchi acustici 11. Cure termali con soggiorno in albergo a proprie spese 12. Cure termali senza soggiorno in albergo a proprie spese 13. Contributo annuale per lavoratori con figli portatori di handicap | <ol style="list-style-type: none"> 14. Invalidità permanente da Infortunio Extra - professionale 15. Rimborso spese mediche da Infortunio Professionale o in itinere 16. Malattia oltre i termini previsti dalle norme contrattuali 17. Morte per malattia o per infortunio Extra - professionale 18. Invalidità permanente da Infortunio Professionale o in itinere:
- fra 11% e il 50%;
- fra 51% e il 60%;
- oltre il 61% da Infortunio Professionale. 19. Morte per Infortunio Professionale ed in itinere 20. Commorienza col Coniuge nel caso di Infortunio extraprofessionale 21. Spese per il rimpatrio in caso di morte per Infortunio Professionale e non 22. Rimborso Ticket (al lavoratore)
per elenco esami clinici consultare la tabella al seguente indirizzo:
www.parmaedile.it/index.php/lavoratori/sussidi |
|--|---|

Data _____

Firma del richiedente _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' a cura Odontoiatra/Ottico/Negozio di Sanitari

Io sottoscritto _____
attività _____ dichiaro con la presente, sotto la mia completa responsabilità
che, i valori indicati nella fattura n _____ del _____ di € _____
riguardano esclusivamente le prestazioni da me effettuate al Sig. _____
e **non quindi** a suoi familiari o ad altre persone.

In fede (Timbro e Firma)