

Il sottoscritto nato il
residente a in Via telef.
codice fiscale dipendente dell'Impresa

CHIEDE la prestazione per:

- 1.00 Assegno funerario alla famiglia 1.01 A.P.E. 300 ore (Par. 4 Reg. APE) in caso di: morte inval. perm. ass.
- 2.00 Borsa o premio di studio 2.01 universitaria 2.02 media superiore 2.03 media inferiore
- 3.00 Cure termali
- (*) 4.00 Indumenti e calzature da lavoro 4.01 taglia vestiario n. 4.02 scarpe antinfortunistiche n.
- 5.00 Indennità di disoccupazione invernale involontaria
- 6.00 Protesi: 6.01 acustica 6.02 dentaria 6.03 oculistica 6.04 ortopedica
- 7.00 Premio "primo giorno di scuola": - taglia del grembiule n.: - colore del grembiule:
- 8.00 Soggiorni climatici per minori: - taglia vestiario n.: - scarpe n.:
- 9.00 Soggiorni per lavoratori
- 10.00 Sussidio straordinario

(*) LA DOMANDA VA PRESENTATA SOLTANTO: - DAI NUOVI ISCRITTI ALLA CASSA EDILE - O IN CASO DI VARIAZIONE DI TAGLIA.

N.B.: CONTRASSEGNARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA

Nel presente riquadro riportare i dati relativi al familiare per il quale viene richiesta la prestazione

Cognome e nome: data di nascita:
grado di parentela codice fiscale: | |

Documentazione allegata

1
2
3
4

Si riserva di inviare:

1
2
3
4

Eventuali altre comunicazioni

Data:

Firma del beneficiario: Firma del lavoratore:

DICHIARAZIONE DELL'IMPRESA

La sottoscritta impresa: dichiara che l'operaio di cui sopra assunto in
data è, alla data odierna, in forza nel cantiere di:
i versamenti degli accantonamenti a favore dello stesso lavoratore, sono stati effettuati presso la Cassa Edile di:

data:

TIMBRO E FIRMA DELL'IMPRESA

IL PRESENTE DOCUMENTO È OBBLIGATORIO
SOLO PER LE RICHIESTE DI RIMBORSO DELLE
PROTESI DENTARIE

SPETT.LE
CASSA EDILE DI CAPITANATA
V.LE OFANTO ANGOLO C.SO DEL MEZZOGIORNO
71122 FOGGIA

IL SOTTOSCRITTO: ESERCENTE LA PROFESSIONE DI MEDICO-DENTISTA
CON SEDE IN VIA C.F. e/o PART. IVA

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, CHE AL SIG.NAT IL
RESIDENTE IN VIA

SONO STATE ESEGUITE LE PRESTAZIONI IN CALCE INDICATE:

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA O DELLA CESSIONE	QUANTITÀ N.	COSTO UNITARIO	COSTO COMPLESSIVO
1) ELEMENTI SU PROTESI MOBILE IN RESINA			
2) ELEMENTI SU PROTESI MOBILE PER SCHELETRATO: - SU SCHELETRATO SUPERIORE - SU SCHELETRATO INFERIORE			
3) GANCI SU SCHELETRATO: - SU SCHELETRATO SUPERIORE - SU SCHELETRATO INFERIORE			
4) PROTESI FISSA IN ORO - RESINA			
5) PROTESI FISSA IN PORCELLANA			
6) CORONA METALLICA O ALTRA LEGA NOBILE			
7) CURE ODONTOIATRICHE: - CHIRURGICHE - CONSERVATIVE			
8) ESTRAZIONI			
9) DETARTRASI			
10) TERAPIA ORTODONTICA			
11) APPARECCHIO ORTODONTICO			
12) VISITA MEDICA			
TOTALE Euro			

ALLA DATA ODIERNA, L'IMPORTO TOTALE SOPRA INDICATO È STATO INTERAMENTE PAGATO, COME RISULTA DA FATTURA ALLEGATA. IN CASO DI DICHIARAZIONE MENDACE, LA CASSA EDILE SI RISERVA DI PROMUOVERE TUTTE LE INIZIATIVE A TUTELARE, NELLE SEDI COMPETENTI, GLI INTERESSI LEGITTIMI DELLA STESSA.

DATA,

.....
(TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO DENTISTA)



ESERCIZIO FINANZIARIO:

OGGETTO PRESTAZIONE:

PROTOCOLLO N.:

DATA DI ARRIVO:

N.:

DESCRIZIONE:

COGNOME E NOME:

DATA DI NASCITA:

PATERNITÀ:

DATA DI NASCITA:

RESIDENZA:

VIA:

REQUISITI RICHIESTI

TOTALE ORE (MINIMO 450):

IMPRESA PRESSO LA QUALE RISULTA ESSERE IN SERVIZIO ALLA DATA DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA O DELL'EVENTO:

IMPORTO ACCANTONATO:

IMPRESA IN REGOLA ALLA DATA DELLA DOMANDA O DELL'EVENTO:

SI

NO

BORSE DI STUDIO

MERITO SCOLASTICO:

VOTAZIONE MEDIA:

PUNTEGGIO:

CONDIZIONI DISAGIATE DI FAMIGLIA:

REDDITO €

”

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE:

N. FIGLI A CARICO:

”

TOTALE PUNTEGGIO:

IMPORTO DA EROGARE €:

NOTE:

PARERE DEL PREPOSTO ORGANISMO:

Foggia,

UFFICIO PRESTAZIONI ASSISTENZIALI
CAPO UFFICIO

IL DIRETTORE

SERVIZIO CONTABILITÀ GENERALE
CAPO SERVIZIO

Prestazioni in vigore

(Art. 25 del Regolamento Generale della Cassa Edile di Capitanata)

Requisiti per le prestazioni: 450 ore lavorative nei dodici mesi precedenti l'evento e presenza lavorativa alla data dell'evento

Assistenze Erogate	Beneficiari	Importi o fornitura	Documenti	Scadenze
CURE TERMALI	Lavoratori	Sussidio a titolo di concorso spese. Da definire annualmente	1) Mod. D/2; 2) Impegnativa A.S.L.; 3) Cert. Stab. Termale.	ENTRO 90 GG. dal termine della cura
PROTESI: 1. ACUSTICHE 2. DENTARIE 3. OCULISTICHE 4. ORTOPEDICHE	Lavoratore e famiglia	Rimborso del 50% della spesa sostenuta: Fino ad un massimo di Euro 516,46 a biennio (dall'1/10 al 30/9) e per ogni famiglia.	1) Prescrizione medica; 2) Fattura originale di acquisto delle protesi; 3) Attestazione del medico dentista; 4) Stato di famiglia.	ENTRO 60 GG. dallo svolgimento dell'intervento
PREMI DI STUDIO	Lavoratori studenti e figli di lavoratori	Da un minimo di Euro 52,00 ad un massimo di Euro 310,00 per studenti universitari	1) Stato di famiglia; 2) Certificato di studio.	30 SETTEMBRE
			SCUOLA	
		Media inferiore - Certificato riportante il giudizio finale dell'anno scolastico. - Fotocopia del diploma per gli alunni di terza media.	Media superiore - Indicazione dei voti riportati nella sessione estiva; - fotocopia del diploma per gli alunni che hanno sostenuto gli esami di maturità.	Università - Certificato di studio con l'elenco degli esami superati e dei voti riportati nell'anno accademico compresa la sessione straordinaria; - copia del piano di studi approvato dalla Facoltà.
	Requisito obbligatorio: presenza lavorativa nel mese di	- LUGLIO	- LUGLIO	- MARZO
PREMIO "1° GIORNO DI SCUOLA"	Figli di lavoratori frequentanti la 1ª classe Elementare	Zaino con grembiule e materiale per la scuola.	1) Stato di famiglia; 2) Certificato di iscrizione alla 1ª classe elementare.	31 AGOSTO
SOGGIORNI CLIMATICI	Figli di lavoratori (limite di età: dai 6 ai 12 anni).	Rette e viaggio a carico della Cassa Edile	1) Stato di famiglia; 2) Fotocopia del libretto sanitario	31 MARZO
SOGGIORNO PER LAVORATORI	Coniuge e lavoratore (età minima 50 anni)	Soggiorno e viaggio a carico della Cassa Edile	1) Stato di famiglia; 2) Certificato di idoneità	Su segnalazione della Cassa Edile
ASSEGNO FUNERARIO ALLA FAMIGLIA	Coniuge e lavoratore	Euro 516,46 fisso (+ Euro 77,47 per ogni figlio a carico soltanto in caso di decesso del lavoratore).	1) Stato di famiglia integrale; 2) Certificato di morte.	ENTRO 120 GG. dalla data del decesso
A.P.E. IN CASO DI MORTE O INVALIDITÀ PERMANENTE ASSOLUTA	Lavoratore invalido o eredi	300 ore retribuzione contr.	1) Certificato invalidità o 2) Certificato di morte 3) Eventuali deleghe eredi 4) Stato di famiglia integrale	ENTRO 120 GG. dalla data dell'evento
INDENNITÀ DI DISOCCUP. INVERNALE INVOLONTARIA (Solo se respinta dall'INPS per insufficienza contributiva)	Lavoratore	Euro 2,58 al giorno Periodo: 1 dicembre 31 marzo successivo	1) Dichiarazione INPS; 2) Dichiarazione Ufficio del Lavoro	30 GIUGNO
SUSSIDIO STRAORDINARIO	Lavoratore	30% delle spese fino ad un max di Euro 516,46	1) Stato di famiglia; 2) Docum. comprovante lo stato di necessità; 3) Nota di spese sostenute.	A richiesta del lavoratore
INDUMENTI E CALZATURE DA LAVORO	Lavoratore	Indumenti e/o calzature		Su segnalazione della Cassa Edile
ATTIVITÀ FORMATIVE E CULTURALI	Lavoratore	Pubblicazioni		

LA RICHIESTA, PER QUALSIASI PRESTAZIONE, VA INOLTRATA SU MODELLO CASSA EDILE

Orario di sportello:

MATTINO: ORE 9,00 – 12,00 (DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ) • POMERIGGIO: ORE 16,15 – 18,45 (MARTEDÌ E GIOVEDÌ)

Tel. 0881.335711 - Telefax 0881.639590 - www.cassaedile.fg.it