

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ cod. fisc. _____ e residente a _____
via _____ n° _____ tel. _____

operaio alle dipendenze dell'impresa _____
preso atto del regolamento delle prestazioni assistenziali poste a carico di codesta Cassa Edile dal contratto collettivo provinciale di lavoro 13/12/2002 e sue successive modifiche, inoltra la presente domanda al fine di ottenere il :

CONTRIBUTO PER LE PRESTAZIONI SANITARIE SPECIALISTICHE.

► A tal fine, allega alla presente i seguenti documenti di spesa:

- 1) fattura/ricevuta n. _____ del _____ rilasciata da _____
- 2) fattura/ricevuta n. _____ del _____ rilasciata da _____
- 3) fattura/ricevuta n. _____ del _____ rilasciata da _____
- 4) fattura/ricevuta n. _____ del _____ rilasciata da _____
- 5) fattura/ricevuta n. _____ del _____ rilasciata da _____
- 6) fattura/ricevuta n. _____ del _____ rilasciata da _____
- 7) fattura/ricevuta n. _____ del _____ rilasciata da _____

► copia della busta paga relativa al mese di emissione dell'ultima ricevuta o fattura allegata

Se interessati familiari conviventi e fiscalmente a carico compilare anche le dichiarazioni sottostanti:

**DICHIARAZIONE CONCERNENTE IL DIRITTO ALLE DEDUZIONI DAL REDDITO
(Art.12 del D.P.R. 22/12/1986 N° 917e successive modificazioni)**

Il sottoscritto, consapevole delle pene previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci (art. 48 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445),
dichiara, sotto la propria responsabilità che, per l'anno _____, sono **conviventi e fiscalmente a carico** i seguenti familiari:

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coniuge _____
<small>(non legalmente ed effettivamente separato)</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Figlio _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Figlio _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Figlio _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(art. 2 L.4.01.1968 n.15 come modificato ed integrato dall'art.3 L.127/97 e D.P.R. n.403/98)

...I... sottoscritt.....nat... ila
residente invia.....n.....consapevole delle responsabilità penali in
caso di false dichiarazioni ai sensi dell'art. 26 L.15 del 4/1/1968 DICHIARA che la famiglia convivente si compone come di seguito:

	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data nascita	Rapporto parentela
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Data _____ Firma _____

DATA _____ **FIRMA** _____

ATTENZIONE:in mancanza del consenso per la gestione dei dati personali (privacy) l'assistenza e/o il sussidio verranno tenuti in sospeso fino all'acquisizione della documentazione suddetta.