



DOMANDA PER CONTRIBUTO DI ASSISTENZA SANITARIA

Il sottoscritto _____ Nato a _____ Prov. _____ Il _____
 Cod. Fisc. _____ Residente a _____ Prov. _____ Via _____ N° _____
 Tel. _____ Tel. Cell. _____

In possesso dei requisiti richiesti N°600 ore di lavoro ordinarie denunciate e regolarmente versate alla Cassa Edile di Catania dalla /e Imprese presso le quali ha prestato la propria opera nell'anno antecedente l'evento

CHIEDE CHE GLI VENGA RICONOSCIUTO UN CONTRIBUTO

Per se stesso _____
 Per il coniuge _____ Nato/a il _____ a _____ Prov. _____
 Cod. Fisc. _____
 Per il figlio/a _____ Nato/a il _____ a _____ Prov. _____
 Cod. Fisc. _____

Firma _____

Documenti richiesti e allegati in originale da produrre per tutte le prestazioni:

- Stato di famiglia
- Atto notorio per coniuge e familiari maggiorenni a carico
- Codice fiscale del lavoratore
- Codice fiscale beneficiario

X	Tipologia contributo assistenza richiesta	Ammontare massimo	Scadenza	X	Ulteriori documenti richiesti
	Protesi e apparecchio ortodontico: 50% della spesa	€ 620,00	30 giorni data Fattura		Certificato medico Scheda Anamnestica / Diagnostica e cure Odontoiatriche Fattura
	Occhiali da vista: una sola volta nell'anno solare,	€ 103,00	30 giorni data Fattura		Certificato medico Fattura
	Cinti erniari, busti ortopedici, scarpe ortopediche	€ 62,00	30 giorni data Fattura		Certificato medico Fattura
	Carrozzella disabili	€ 258,00	30 giorni data Fattura		Certificato medico Fattura
	Protesi acustica: 50% delle spese documentate	€ 413,00	30 giorni data Fattura		Certificato medico Fattura
	Protesi per sordomuti per lavoratore e/o figlio a carico - rimborso totale -	€ -----	30 giorni data Fattura		Certificato medico Fattura
	Rimborso biglietti: ferroviari in Italia e aerei all'estero - (per visite o interventi fuori sede) - rimborso totale	€ -----	30 giorni data Fattura		Certificato medico Biglietti
	Per i figli disabili: contributo in misura annua	€ 258,00	30 giorni data Fattura		Certificato medico Certificato Invalidità 100% rilasciato dagli organi competenti
	Per lavoratori emodializzati in misura annua	€ 516,00	30 giorni data Fattura		Certificato medico Certificato del Centro Dialisi
	Per recupero tossicodipendenti e alcolisti; dopo 6 mesi di terapia in istituti (una tantum)	€ 516,00	30 giorni data Fattura		Certificato medico Certificato Comunità Terapeutica

RISERVATO CASSA EDILE

CODICE	N° PRATICA	DATA E PROTOCOLLO
NOTE		
_____		<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>

