MOD. B: RICHIESTA IN CONFORMITÀ AL VIGENTE REGOLAMENTO ASSISTENZE (ART. 1)

Cassaedile Provincia di Perugia

ORANGE

Codice Operaio .....

CONTRIBUTO PER SPESE RELATIVE A:

☐ PROTESI DENTARIE

Il Sottoscritto ..... nato il .....

Residente in ..... via o loc. ..... CAP .....

Telefono Cellulare ..... **e-mail** .....

Codice Fiscale ..... Ore denunciate alla Cassa Edile di Terni ☐ sì ☐ no

Impresa .....

Fa richiesta di assistenza in oggetto e ne richiede l'accredito nel proprio conto corrente

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO	FILIALE BANCA /POSTA

DOCUMENTI ALLEGATI: ORIGINALE DELLA FATTURA che verrà restituita con l'indicazione dell'importo rimborsato

DICHIARAZIONE DEL FORNITORE (vedi allegato) .....

Termini di scadenza e documenti: vedi retropagina

I dati che fornirai alla CASSA EDILE DELLA PROVINCIA DI PERUGIA, al momento della compilazione del presente modulo, saranno trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al Regolamento UE 2016/679 - GDPR e dell'informativa per i lavoratori presente nel sito www.cassaedilepg.it, nell'apposita sezione "Informativa privacy" che ti chiediamo di leggere prima di inviarci la richiesta dei servizi.

☐ Dichiaro di aver letto preventivamente l'informativa e autorizzo al trattamento dei miei dati personali consapevole che in caso di mancata autorizzazione non dovrò procedere alla compilazione del moulo e non potò ricevere i servizi richiesti.

☐ Presto liberamente il mio consenso al trattamento dei dati personali indicati nel presente modulo, per ricevere la prestazione richiesta, consapevole che in qualsiasi momento posso revocarlo inviando una mail all'indirizzo info@cassaedilepg.it . Sono altrettanto consapevole che revocando il consenso non riceverò più il servizio richiesto.

DATA ...../...../..... FIRMA .....

N.B. relativamente alla presentazione di autocertificazione la legge ne prevede l'utilizzo esclusivamente per atti relativi alla Pubblica Amministrazione e non è valida in atti tra privati.

Via Pietro Tuzi, 11 - 06128 Perugia - Tel. +39 075 5059411 – Fax +39 075 5002741 - E-mail infodurc@cassaedilepg.it - info@cassaedilepg.it

Stampa modulo

CONTRIBUTO PER SPESE RELATIVE A PROTESI DENTARIE

PRESTAZIONE:
PROTESI DENTARIE:
1) 50% della spesa per interventi protesici fino a € 500,00;
2) € 250,00 più il 10% sul totale della spesa, con franchigia di € 60,00 per interventi protesici superiori a € 500,00. Il contributo è erogato una tantum per la stessa protesi. Il contributo per la stessa protesi non potrà superare € 1.000,00. La Cassa Edile si riserva il diritto di effettuare controlli medici.

TERMINE DELLA PRESENTAZIONE:
La domanda, redatta su apposito modello predisposto dalla Cassa Edile, dovrà essere presentata entro 180 giorni dalla data della fattura.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:
PROTESI DENTARIE:
1) copia autentica della fattura del dentista;
2) dichiarazione del dentista su modulo predisposto dalla Cassa Edile.

REQUISITI DEL LAVORATORE:
Avere registrate almeno 850 ore tra quelle valide ai fini APE, ferie, festività, CI.G., congedi e assenze giustificate (ad esclusione dei permessi non retribuiti) denunciate alla Cassa Edile in sei mesi continuativi compreso il mese della prestazione. Le ore registrate presso altre Casse Edili non verranno prese in considerazione ad eccezione delle ore denunciate e versate alla Cassa Edile di Terni fino ad un massimo di 230 ore nel semestre di riferimento. Essere denunciato alla data della fattura. Per mese della prestazione si intende il mese in cui viene emessa la fattura.

REQUISITI DELL'IMPRESA:
L'impresa con la quale il lavoratore risulta denunciato nel mese della prestazione dovrà essere in regola fino a tale mese, con tutti i versamenti previsti dal vigente Statuto e Regolamento. L'impresa si considera in regola se non presenta differenze contributive superiori a € 300,00.

Via Pietro Tuzi, 11 - 06128 Perugia - Tel. +39 075 5059411 – Fax +39 075 5002741 - E-mail infodurc@cassaedilepg.it - info@cassaedilepg.it

MOD. B: PROTESI DENTARIE

Cassaedile Provincia di Perugia

ORANGE

ALLEGATO 1

Il sottoscritto medico curante

.....

consapevole delle responsabilità penali conseguenti alle false certificazioni (art. 481 C.P.)

DICHIARA

Che le prestazioni specialistiche.....

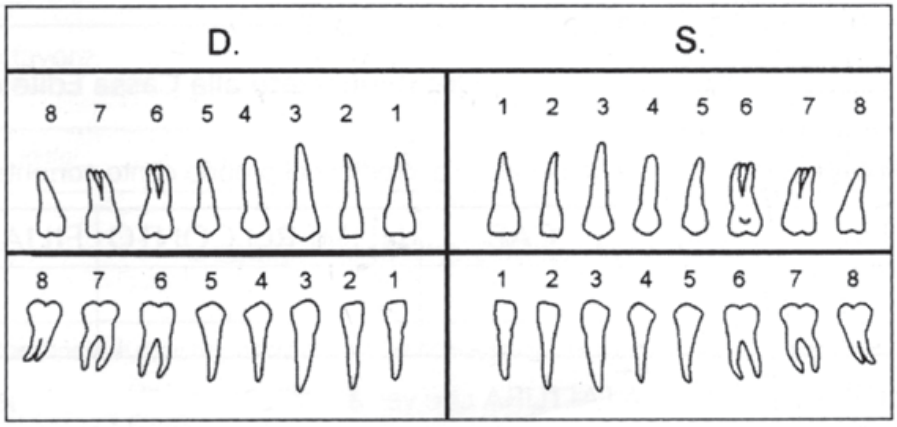
.....

.....

(descrizione dettagliata delle prestazioni da riportare sul diagramma sottoindicato solo per le protesi dentarie)

PROTESI DENTARIA

(DA COMPILARSI SEMPRE IN MANIERA INEQUIVOCABILE)



di cui alla fattura n.....del.....per l'importo di Euro.....

(.....)

sono state effettuate esclusivamente sulla persona del Sig.....

nato il.....

ed in suo esclusivo favore.

....

data timbro e firma del medico curante

Via Pietro Tuzi, 11 - 06128 Perugia - Tel. +39 075 5059411 – Fax +39 075 5002741 - E-mail infodurc@cassaedilepg.it - info@cassaedilepg.it