



## MODULO DOMANDA PER LE PRESTAZIONI CEDA

Cod. lavoratore .....

Il sottoscritto (cognome) ..... (nome) .....

Nato il ..... Residente in via ..... n.....

CAP ..... Comune..... Prov. ....

Tel. .... Cellulare ..... e-mail .....

Alle dipendenze dell'impresa edile ..... Cod. Az. ....

### RICHIEDE L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE DI SEGUITO INDICATA:

- 1- Contributo assistenze:  
cure e protesi dentarie ed ortodontiche       lavoratore     figlio/a .....
- protesi oculistiche : occhiali e lenti a contatto     lavoratore     figlio/a .....
- 2- Contributo spese didattiche – borse di studio per figli studenti e studenti-lavoratori:  
anno scolastico/accademico ..... nome figlio/a .....
- scuola e classe frequentata .....
- 3- Contributo per cure termali     ausl       inps
- 4- Soggiorni convenzionati per figli (6/12 anni) dei lavoratori iscritti alla CEDA, nome figlio/a .....
- luogo ..... dal ..... al ..... attività.....
- 5- Sussidio in caso di morte per infortunio sul lavoro
- 6- Sussidio in caso di morte per malattia o per infortunio extra-professionale
- 7- Sussidio in caso di invalidità permanente causata da infortunio sul lavoro
- 8- Contributo straordinario
- 9- Corsi di ginnastica correttiva per i figli a carico fino a 14 anni, nome figlio/a .....
- 10- Gratifica Natalizia anticipata: data licenziamento .....

Data ..... Firma del lavoratore (o degli eredi) .....

## TABELLA RIASSUNTIVA PRESTAZIONI

	TIPO PRESTAZIONE E BENEFICIARI	TIPO DI EROGAZIONE	REQUISITI	DOCUMENTAZIONE	SCADENZA DOMANDA
1	<p><b>Acquisto protesi dentarie, cure dentarie e ortodontiche per lavoratori e figli a carico</b> (escluse visite, trattamenti estetici, radiografie),</p> <p><b>Acquisto occhiali da vista per lavoratori iscritti e figli a carico</b> (escluse visite, lenti a contatto estetiche/ colorate, liquidi pulizia, assicurazioni)</p>	62,5% importo fattura - massimo €484,18 complessivi annui per nucleo familiare	Iscrizione atto evento - 2100 ore (lavoro ordinario + ore permessi e ferie + ore assenza per malattia indennizzata dall'inps + ore assenza per infortunio o malattia professionale indennizzata dall'inail) nel biennio precedente la data della fattura	Copia fattura o ricevuta fiscale, prescrizione medica per gli occhiali da vista o lenti a contatto, Stato di famiglia (**) per i rimborsi riguardanti figli a carico (*)	60 giorni dalla data della fattura
2	<p><b>Contributo spese didattiche</b> (per figli che hanno frequentato in prima frequenza la I° e la II° media inferiore)</p> <p><b>Borse di studio</b> (per lavoratori o figli che hanno frequentato in prima frequenza la III° media statale, le scuole superiori, i corsi professionali, l'università)</p>	Da €85,94 a €859,38 in relazione al tipo di scuola frequentata o università e votazione	Iscrizione alla chiusura dell'anno scolastico, mese di giugno (valido anche per l'università)	<p><b>Spese didattiche:</b> Stato di famiglia (**)+ copia della pagella o della certificazione rilasciata dall'istituto scolastico nelle quali risulti l'ammissione alla classe superiore</p> <p><b>Borse di studio:</b> Stato di famiglia (**)+ per <u>III media inferiore</u>&gt; copia della licenza media riportante il giudizio finale  per <u>Scuole superiori e corsi professionali</u> &gt; copia della pagella o del certificato rilasciati dall'istituto riportante i voti + Atto sostitutivo di notorietà (solo per corsi professionali se il figlio/a ha più di 19 anni)  per <u>Università</u> &gt; piano di studi relativo alla facoltà e all'anno accademico + certificato comprovante la regolarità degli esami sostenuti + atto sostitutivo di notorietà.</p>	30 settembre di ogni anno
3	<b>Contributo per cure termali per lavoratori</b>	€77,81 operai avviati alle cure termali dall'inps €156,79 operai avviati alle cure termali dall'ausl	Iscrizione alla data fattura o ricevuta fiscale	Copia fattura o ricevuta fiscale indicante il periodo e il luogo della cura, prescrizione medica certificante se a carico inps o ausl	60 giorni dalla fine della cura
4	<b>Soggiorni estivi marini o montani convenzionati per figli dai 6 ai 12 anni</b>	Soggiorno nei periodi e centri indicati a spese cassa edile	Iscrizione atto domanda	Stato di famiglia (**)	31 maggio di ogni anno
5	<b>Sussidio in caso di morte per infortunio sul lavoro</b>	€4.513,83 + €772,10 per ogni familiare a carico ed in ogni caso per il coniuge, purché convivente.	Iscrizione atto evento	Certificato di morte, stato di famiglia storico (**), copia denuncia infortunio, atto sostitutivo di notorietà comprovante gli eredi, documentazione comprovante famigliari a carico, atto liberatorio del giudice tutelare in caso di eredi minori	60° giorno dalla data del decesso

	TIPO PRESTAZIONE E BENEFICIARI	TIPO DI EROGAZIONE	REQUISITI	DOCUMENTAZIONE	SCADENZA DOMANDA
6	<b>Sussidio in caso di morte per malattia o infortunio extraprofessionale</b>	€1.781,78 + €326,66 per ogni familiare a carico ed in ogni caso per il coniuge, purché convivente.	Iscrizione atto evento	Certificato di morte, stato di famiglia storico (**), atto sostitutivo di notorietà comprovante gli eredi, documentazione comprovante familiari a carico, atto liberatorio del giudice tutelare in caso di eredi minori	60° giorno dalla data del decesso
7	<b>Sussidio in caso di invalidità assoluta permanente causata da infortunio sul lavoro (superiore 67%)</b>	€3.563,55 + €712,71 per ogni familiare a carico ed in ogni caso per il coniuge, purché convivente.	Iscrizione atto evento - 2100 ore (lavoro ordinario + ore permessi e ferie + ore assenza per malattia indennizzata dall'inps + ore assenza per infortunio o malattia professionale indennizzata dall'inail) nel biennio precedente la richiesta	Stato di famiglia (**) Documentazione comprovate familiari a carico, certificazione inail attestante il grado di invalidità	60 giorni dal riconoscimento o del grado di invalidità da parte dell'inail
8	<b>Contributo straordinario</b>	A discrezione del C.d.a. della Ceda	Iscrizione atto evento - 2100 ore (lavoro ordinario + ore permessi e ferie + ore assenza per malattia indennizzata dall'inps + ore assenza per infortunio o malattia professionale indennizzata dall'inail) nel biennio precedente la richiesta	La richiesta va inoltrata per motivi eccezionali, allegando idonea documentazione	Nessuna
9	<b>Corsi di ginnastica correttiva per figli a carico (max 14 anni)</b>	€108,09 annuo per ogni figlio	Iscrizione alla data della fattura o ricevuta fiscale	Stato di famiglia (**) Prescrizione medica Copia fattura o ricevuta fiscale del corso frequentato	60 giorni dalla fine del corso
10	<b>Anticipo Gratifica natalizia</b>	Anticipo della gratifica natalizia (normalmente liquidata a dicembre di ogni anno), purché regolarmente versata dall'azienda	Il lavoratore deve: O essere disoccupato O essere pensionato O avere iniziato attività autonoma O avere abbandonato il settore edile	A seconda del caso: O documentazione comprovante lo stato di disoccupazione O libretto di pensione O attribuzione della P.IVA O copia del nuovo contratto di lavoro da cui si evinca il contratto applicato	Nessuna

(\*) Se l'età del figlio/a è compresa tra i 15 e i 19 anni di età allegare certificato di frequenza scolastica o atto sostitutivo di notorietà per i figli a carico. Per i figli al di sopra dei 19 anni allegare atto sostitutivo di notorietà attestante la vivenza a carico del figlio/a.

(\*\*) rilasciato dal Comune NO AUTOCERTIFICAZIONE

NOTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CEDA – 40131 Bologna – Via dello Scalo, 19/b – Tel. 051/522670 – Fax 051/523296  
www.cedabologna.it – E-mail: ceda@cedabologna.it – Codice Fiscale 80059450371

Orari apertura al pubblico:

dal Lunedì al Giovedì: 8:30 - 17:30 (orario continuato) • Venerdì: 8:30 - 13:00 • Sabato: uffici chiusi

n.b. Durante i periodi di erogazione Gratifica Natalizia ed APE, gli uffici resteranno aperti fino alle 18:30 ed il sabato dalle 9:00 alle 12:00