



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:~~ **PRESTAZIONE NON PIU' EROGATA DAL 01/07/2021**
~~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>Acquisto protesi dentarie, cure dentarie e ortodontiche per lavoratori e figli a carico (escluse visite, trattamenti estetici, radiografie),</p> <p>Acquisto occhiali da vista per lavoratori iscritti e figli a carico (escluse visite, lenti a contatto estetiche/ colorate, liquidi pulizia, assicurazioni)</p>	<p>NON PIU' EROGATA DAL 01/07/2021</p> <p>62,5% importo fattura - massimo €484,18 complessivi annui per nucleo familiare</p>	<p>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</p>	<p>Copia fattura o ricevuta fiscale, prescrizione medica per gli occhiali da vista o lenti a contatto,</p> <p>Stato di famiglia (**) per i rimborsi riguardanti figli a carico (*)</p>	<p>60 giorni dalla data della fattura</p>
2	<p>Contributo spese didattiche (per figli che hanno frequentato in prima frequenza la I° e la II° media inferiore)</p> <p>Borse di studio (per lavoratori o figli che hanno frequentato in prima frequenza la III° media statale, le scuole superiori, i corsi professionali, l'università)</p>	<p>Da €85,94 a €859,38 in relazione al tipo di scuola frequentata o università e votazione</p>	<p>Iscrizione alla chiusura dell'anno scolastico, mese di giugno (valido anche per l'università)</p>	<p>Spese didattiche: Stato di famiglia (**) + copia della pagella o della certificazione rilasciata dall'istituto scolastico nelle quali risulti l'ammissione alla classe superiore</p> <p>Borse di studio: Stato di famiglia (**) +</p> <p>per <u>III media inferiore</u> > copia della licenza media riportante il giudizio finale</p> <p>per <u>Scuole superiori e corsi professionali</u> > 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)</p> <p>per <u>Università</u> > piano di studi relativo alla facoltà e all'anno accademico + certificato comprovante la regolarità degli esami sostenuti + atto sostitutivo di notorietà.</p>	<p>30 settembre di ogni anno</p>
3	<p>Contributo per cure termali per lavoratori</p>	<p>€77,81 operai avviati alle cure termali dall'inps €156,79 operai avviati alle cure termali dall'ausl</p>	<p>Iscrizione alla data fattura o ricevuta fiscale</p>	<p>Copia fattura o ricevuta fiscale indicante il periodo e il luogo della cura, prescrizione medica certificante se a carico inps o ausl</p>	<p>60 giorni dalla fine della cura</p>
4	<p>Soggiorni estivi marini o montani convenzionati per figli dai 6 ai 12 anni</p>	<p>Soggiorno nei periodi e centri indicati a spese cassa edile</p>	<p>Iscrizione atto domanda</p>	<p>Stato di famiglia (**)</p>	<p>31 maggio di ogni anno</p>
5	<p>Sussidio in caso di morte per infortunio sul lavoro</p>	<p>€4.513,83 + €772,10 per ogni familiare a carico ed in ogni caso per il coniuge, purché convivente.</p>	<p>Iscrizione atto evento</p>	<p>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</p>	<p>60° giorno dalla data del decesso</p>

	TIPO PRESTAZIONE E BENEFICIARI	TIPO DI EROGAZIONE	REQUISITI	DOCUMENTAZIONE	SCADENZA DOMANDA
6	Sussidio in caso di morte per malattia o infortunio extraprofessionale	€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	Sussidio in caso di invalidità assoluta permanente causata da infortunio sul lavoro (superiore 67%)	€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	Contributo straordinario	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	Corsi di ginnastica correttiva per figli a carico (max 14 anni)	€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	Anticipo Gratifica natalizia	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.

(**) ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ 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