

MODULO DOMANDA PER LE PRESTAZIONI CEDA

Cod. lavoratore

Il sottoscritto (cognome) (nome)

Nato il Residente in via n.....

CAP Comune..... Prov.

Tel. Cell. e-mail

Alle dipendenze dell'Impresa edile

Cod. Azienda

RICHIEDE L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE DI SEGUITO INDICATA (barrare la prestazione):

1- Premio matrimoniale/Unioni civili

Data matrimonio/Unione civile

2- Bonus nascita o adozione

Nome figlio data nascita/adozione

3- Contributo per lavoratori con figli, coniuge o convivente in regime di coppia di fatto riconosciuta, fiscalmente a carico (anche parzialmente), portatori di diversa abilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 e dell'art. 4 della legge n. 104/1992 e con percentuale di invalidità risultante da verbale AUSL, INAIL o INPS pari o superiore al 46%

Nome figliodata nascitaC.F.....

percentuale invalidità riconosciuta%

Nome e Cognome coniuge/conviventeC.F.....

percentuale invalidità riconosciuta%

-anno edile per il quale si richiede la prestazione:

dal 1° ottobre (anno) al 30 settembre (anno successivo)

4- Contributo iscrizione asilo nido/scuola dell'infanzia legalmente riconosciuti o parificati, per figli fiscalmente a carico (anche parzialmente)

Nome figlio data nascita

Denominazione Asilo nido/Scuola Infanziaanno scolastico.....

5- Contributo iscrizione scuola primaria/secondaria di primo e secondo grado/Università pubbliche o parificate legalmente riconosciute per lavoratori studenti e/o figli, fiscalmente a carico (anche parzialmente)

scuola primaria secondaria 1° grado secondaria 2° grado Università

Nominativo Istituto scolasticoanno scolastico

Lavoratore studente figlio

Nome studente (Lavoratore o figlio)..... data nascita.....

6- Contributo centri estivi per figli fiscalmente a carico (anche parzialmente) di età inferiore/uguale a 14 anni

Nome figlio data nascita età anni.....

Denominazione Centro/Campo estivo

frequenza maggio/settembre anno

7- Contributo assistenza coniuge/convivente in regime di coppia di fatto riconosciuta, figli, genitori, non autosufficienti con invalidità grave prevista dall'art. 3 comma 3 legge n. 104/1992, in caso di ricovero in struttura o assunzione di personale dipendente

Nome e Cognome persona assistita C.F.....

Grado di parentela della persona assistita rispetto al lavoratore iscritto alla Cassa:

coniuge/convivente figlio genitore

-In caso di assunzione di personale per assistere il parente non autosufficiente, indicare nominativo e codice fiscale:

Nome e Cognome persona assuntaC.F.....

-In caso di ricovero in strutture di assistenza, specificarne il nominativo:

Denominazione della Struttura (Casa di Cura/RSA/Centro diurno)

-anno edile per il quale si richiede la prestazione:

dal 1° ottobre (anno) al 30 settembre (anno successivo)

Dichiaro di non avere percepito da altre Casse Edili italiane per lo stesso titolo e il medesimo familiare la prestazione richiesta con questo modulo di domanda.

Dichiaro, inoltre, di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali erogata dalla Cassa, consultabile sul sito Internet della stessa all'indirizzo:

www.cedabologna.it

Data domanda _____ firma lavoratore _____

Data ricezione Cassa Edile _____