



CASSA EDILE
del Nord Sardegna

Spett.le
Cassa Edile del Nord Sardegna
per le province di Sassari e Olbia-Tempio
Z.I. Predda Niedda Nord strada 34
07100 SASSARI

Prot. n° _____

scadenza domanda 90 giorni evento

Oggetto: Richiesta Sussidio.

Il sottoscritto _____ nato il _____

Residente a _____ via _____ n° _____

tel. _____ fa domanda a codesta Cassa Edile del sussidio previsto per le spese

sostenute per: _____

Allega: **Originale della fattura;**

Inoltre: **Per protesi e cure odontoiatriche:**

Certificazione medica, vedi retro, del sanitario interessato attestante le cure effettuate.

Per protesi oculistica, ortopedica e ortofonica:

Certificazione medica di prescrizione, se per familiare allegare anche stato di famiglia;

Per rimborso spese viaggio per cure mediche:

Biglietti viaggio e certificazione sanitaria, se per familiare allegare anche stato di famiglia;

Ai sensi dell'art. 13 del D.L. 196 30/06/2003 ed al regolamento U.E. 2016/679, consente il trattamento dei dati personali nella misura necessaria per la realizzazione delle finalità della Cassa Edile.

IL LAVORATORE

_____ li _____

REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI

1. Per poter usufruire delle prestazioni l'operaio, al momento dell'evento, deve essere in forza presso un'impresa iscritta alla Cassa Edile del Nord Sardegna ed in regola con i versamenti.
2. Nei dodici mesi precedenti l'evento, deve aver versato contributi per almeno 600 ore lavorative.
Non verranno prese in considerazione le ore registrate presso altre Casse.

RISERVATO ALLA CASSA

Pos. C.E. _____

Anzianità maturata: _____ Reg. contr. _____ Liq. precedenti _____

Da liquidare € _____ Importo fattura € _____

NOTE: _____

L'IMPIEGATO

IL DIRETTORE

SCHEDA DELLE CURE ODONTOIATRICHE ESEGUITE

(la presente scheda deve essere compilata dal medico odontoiatra che ha eseguito le cure e consegnata all'assistito insieme alla documentazione di spesa.)

timbro del medico odontoiatra

Spette.le
Cassa Edile del Nord Sardegna
Z.I.R. Predda Niedda Nord strada 34
07100 SASSARI

Si dichiara di aver eseguito all'assistito:

nominativo assistito _____

cognome nome e data di nascita

c.f. _____

le seguenti prestazioni:

Tipologia	Importo
- IGIENE ORALE:	_____
- PARODONTOLOGIA	_____
- CHIRURGIA	_____
- CONSERVATIVA	_____
- ENDODONZIA	_____
- IMPLANTOLOGIA	_____
- PROTESI	_____
- GNATOLOGIA	_____
- ORTODONZIA	_____
- RADIOLOGIA	_____
TOTALE GENERALE	=====

La presente scheda, che non ha valore a fini fiscali, rappresenta il dettaglio delle prestazioni eseguite con riferimento alle fatture:

n° _____ del _____

n° _____ del _____

n° _____ del _____

per un totale complessivo di € _____ ==

data ____/____/_____

firma e timbro del medico odontoiatra