

MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI/PREST

Spett.le

CASSA EDILE DELLA PROV. DI FIRENZE

Via Lorenzo il Magnifico, 8

50129 Firenze

Il sottoscritto _____ pos. Cassa Edile _____

nato il _____ domiciliato a _____

codice fiscale _____

Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____ Tel. _____

attualmente occupato presso l'impresa _____

preso atto dei Regolamenti vigenti, dichiarando la propria disponibilità ad eventuali controlli disposti dalla Cassa Edile, inoltra la presente domanda al fine di ottenere la/e prestazione/i sotto specificata/e:

(indicare barrando la/e casella/e) **CURE E PROTESI DENTARIE****Se interessati i familiari dei lavoratori compilare il modulo 5 sul retro della domanda**

- Allegare (anche nel caso dei familiari)
- fattura o ricevuta in originale (*)
- dichiarazione del Medico Dentista (vd. retro mod. n.2)

 PROTESI ACUSTICHE**Se interessati i familiari dei lavoratori compilare il modulo 5 sul retro della domanda**

- Allegare (anche nel caso dei familiari)
- fattura o ricevuta in originale (*)
- dichiarazione del Medico Otorinolaringoiatra (vd. retro mod. n.3)

 PROTESI OCULISTICHE**Se interessati i familiari dei lavoratori compilare il modulo 5 sul retro della domanda**

- Allegare (anche nel caso dei familiari)
- fattura o ricevuta in originale (*)

 TERAPIE POST INTERV. CHIRURGICI**Se interessati i familiari dei lavoratori compilare il modulo 5 sul retro della domanda**

- Allegare (anche nel caso dei familiari)
- fattura o ricevuta in originale (*)
- dichiarazione del Medico specialista (vd. retro mod. n.4)

 INABILITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO SUL LAVORO O MAL. PROF.LE

- Allegare:
- copia della lettera dell'INAIL relativa alla notifica del grado di inabilità permanente accertato

 INABILITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO AL DI FUORI DEL LAVORO

- Allegare:
- dichiarazione con la descrizione dell'incidento
- dichiarazione in caso di responsabilità di terzi

 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**Se interessati i familiari dei lavoratori compilare il modulo 5 sul retro della domanda**

- Allegare (anche nel caso dei familiari)
- fattura o ricevuta in originale (*)

 VISITE SPECIALISTICHE**Se interessati i familiari dei lavoratori compilare il modulo 5 sul retro della domanda**

- Allegare (anche nel caso dei familiari)
- fattura o ricevuta in originale (*)

 RIMBORSO GIORNATA PER VISITE SPECIALISTICHE

- Allegare:
- dichiarazione datore di lavoro attestante data e ore di assenza dal lavoro
- dichiarazione del Medico Specialista che attesti data e ora della visita

 RIMBORSO SPESE DICHIARAZIONE DEI REDDITI c/o CAAF*(per le fatture dal 1/1/2018 al 31/12/2018 dich.redditi 2017)* Allegare:

- copia della fattura del CAAF

 PREMIO GIOVANI **PREMIO MATRIMONIALE**

- Allegare:
- copia del certificato di matrimonio

A completamento della presente domanda, viene allegata, per ogni prestazione, la documentazione sopra descritta. Relativamente alle terapie post interventi chirurgici il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di non avere diritto a contributi per stipula di polizze assicurative. Il sottoscritto, nel caso di dimostrata falsa dichiarazione, si impegna a restituire le somme illecitamente percepite, autorizzando comunque la Cassa Edile a trattenerle dalle eventuali spettanze dovute. Relativamente alle altre prestazioni il sottoscritto dichiara di non aver ricevuto contributi allo stesso titolo da altre Casse Edili.

(*) DICHIARAZIONE DA FARE NEL CASO CHE SULLA FATTURA O RICEVUTA NON SIA INDICATA LA TIPOLOGIA DELLA PRESTAZIONE:**"IO SOTTOSCRITTO DICHIARO CHE IL TICKET (ALLEGATO) DA ME PAGATO IN DATA****A****SI RIFERISCE ALLA PRESTAZIONE SOPRA RICHIESTA."**

Data _____

Firma del lavoratore iscritto _____

TAGLIANDO PER IL LAVORATORE DA STACCARE

Il lavoratore	Ha presentato la domanda in data	Per ottenere il contributo per:
Cure e protesi dentarie	Protesi acustiche	Protesi oculistiche
Terapie post interventi chirurgici	Inab. Perm. Inf. Lavoro mal/prof.	Inab. Perm. Inf. Fuori lavoro
Accertam. Diagnostici	Visite specialistiche	Rimb. Giornata visita spec.
Premio giovani Scuola edile	Premio giovani 17 anni	Premio inserm. Settore
Premio matrimoniale		

DICHIARAZIONI

MOD. 1 - DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO (se non compilata, il rimborso avverrà SOLO ad avvenuto versamento del mese di presentazione della domanda)

A _____ richiesta _____ dell'interessato _____ si _____ dichiara _____ che _____ il
Sig. _____

assunto il _____ alla data odierna risulta regolarmente occupato presso la sottoscritta impresa

Data _____

_____ timbro e firma dell'impresa

MOD. 2 - CURE E PROTESI DENTARIE - dichiarazione del Medico Dentista

Il sottoscritto _____ dichiara che nel periodo dal _____ al _____
ha sottoposto il paziente Sig. _____ *alle seguenti estrazioni, cure o protesi:

*(indicare, se il paziente è un familiare del lavoratore, se trattasi di coniuge o figlio, indicando il nome e cognome del familiare stesso)
(contrassegnare i denti interessati con una crocetta negli schemi sotto riportati e SEPARATAMENTE per estrazioni, cure e protesi)

ESTRAZIONI	DX 8 7 6 5 4 3 2 1 8 7 6 5 4 3 2 1	SX 1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 3 4 5 6 7 8
CURE	DX 8 7 6 5 4 3 2 1 8 7 6 5 4 3 2 1	SX 1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 3 4 5 6 7 8
PROTESI	DX 8 7 6 5 4 3 2 1 8 7 6 5 4 3 2 1	SX 1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 3 4 5 6 7 8

Luogo e data _____

_____ Timbro e firma del Medico dentista

MOD. 3- PROTESI ACUSTICHE - dichiarazione del Medico Otorinolaringoiatra

Il sottoscritto _____ dichiara di aver sottoposto a visita il Sig. _____

*(indicare, se il paziente è un familiare del lavoratore, se trattasi di coniuge o figlio, indicando il nome e cognome del familiare stesso)

nel periodo dal _____ al _____

Dichiara altresì che è stata riscontrata una perdita uditiva non inferiore a 55 db e che il paziente stesso necessita di n° _____ protesi acustica/che -
DX o SX o

Luogo e data _____

_____ Timbro e firma del Medico otorinolaringoiatra

Mod. 4- TERAPIE POST CHIRURGICHE - dichiarazione del Medico Specialista

Il sottoscritto _____ dichiara che, il paziente Sig. _____

*(indicare, se il paziente è un familiare del lavoratore, se trattasi di coniuge o figlio, indicando il nome e cognome del familiare stesso)

a seguito del seguente intervento chirurgico _____ effettuato

in data _____ necessita delle seguenti terapie riabilitative (specificare eventuali apparecchiature da utilizzare)

Luogo e data _____

_____ Timbro e firma del Medico specialista

Mod. 5- RICHIESTA PRESTAZIONI SANITARIE EFFETTUATE DAI FAMILIARI (da compilare a cura del lavoratore)

Il sottoscritto _____, consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazione mendace, dichiara che i seguenti familiari sono conviventi e fiscalmente a carico:

_____ (coniuge) _____ (figlio) _____ (figlio) _____ (figlio)

Luogo e data _____

_____ Firma del lavoratore

NOTA: Il lavoratore, anche nel suo stesso interesse, è tenuto a dichiarare se richiede le prestazioni sanitarie per i familiari compilando il modulo n.5.