



MODELLO RICHIESTA ASSISTENZE

Il sottoscritto _____ nato il _____

Cod. fiscale lavoratore _____ residente in Via _____

Comune _____ C.A.P. _____

Tel. _____ mail: _____

RICHIESTE IL CONTRIBUTO PER LA SEGUENTE PRESTAZIONE

(barrare la casella corrispondente alla assistenza richiesta)

- OMAGGIO DI NUZIALITA' matrimonio del _____
- OMAGGIO DI NATALITA' del figlio/a (nome) _____ nato/a il _____
- INDENNITA' PER DECESSO DEL LAVORATORE avvenuto il _____
- PREMIO DI PERMANENZA NEL SETTORE
- PAGAMENTI ANTICIPATI per i mesi di _____
indicare motivazione _____
- PREMIO ANZIANITA' per lavoratori in attività per lavoratori pensionati
- BEFANA (buono acquisto) per figlio/a (nome) _____ nato/a il _____
- CONTRIBUTO STRAORDINARIO indicare motivazione _____
- CONTRIBUTO MALATTIE ONCOLOGICHE per il lavoratore per il coniuge
- CONTRIBUTO MALATTIE GRAVI NON ONCOLOGICHE per il lavoratore per il coniuge

dichiara inoltre di avere ore lavorate presso la Cassa Edile di Perugia nel semestre di riferimento

SI

NO

ALLEGA ALLA PRESENTE RICHIESTA la documentazione completa indicata nel regolamento provinciale in corso di validità.

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA PRIVACY : Egregio lavoratore desideriamo informarla che, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679-GDPR, i Dati Personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e secondo i principi di liceità, correttezza, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti, con particolare riferimento all'integrità, all'identità personale e al diritto di protezione dei Dati Personali e comunque per i soli fini istituzionale della Cassa Edile di Terni. Per prendere visione dell'informativa completa, visiti il sito www.cassaedileterni.it.



Cassa Edile della Provincia di Terni
05100 – Terni, Via A. Garofoli 15
Tel. 0744/443600 int.3 – Fax 0744/443699

AUTOCERTIFICAZIONE DI STATO DI FAMIGLIA

(art. 46 comma 1 lettera f del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa adottato con D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
cognome nome

nato/a a _____ (_____) il _____
luogo sigla prov. data

consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che il proprio Stato di Famiglia, oltre al dichiarante, è così composto:

| Parentela | Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita |
|-----------|----------------|------------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n.196/2003 e del Regolamento Europeo 679/2016 - GDPR che i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

luogo e data

firma del dichiarante (*)

* La firma non deve essere autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente/Ufficio che ha richiesto la dichiarazione.