

INDENNITA' CARENZA MALATTIA

CODICE.....

(RISERVATO CEPIMA)

Spett.le
C.E.P.I.M.A.
VIA GUGLIELMO BORREMANS, 17
90145 PALERMO

IL SOTTOSCRITTO.....NATO IL.....
A.....PROV.....CODICE FISCALE.....RESIDENTE
A.....PROV.....VIA.....N°.....
RICEVUTA L'INFORMATIVA SULL'UTILIZZAZIONE DEI DATI PERSONALI, AI SENSI DELL'ART.13 DEL DL 196
30/06/2003, CONSENTE IL LORO TRATTAMENTO NELLA MISURA NECESSARIA PER LA REALIZZAZIONE DELLE
FINALITA' DELLA CASSA EDILE.

CHIEDE

INDENNITA' CARENZA MALATTIA

Durata massimo 3 giorni per un'indennità equivalente al costo dell'evento al netto di imposte e contributi solo 1 volta l'anno

DICHIARA

CHE NESSUNA DOMANDA E' STATA RIVOLTA, NE' VERRA' RIVOLTA AD ALTRO ENTE E/O CASSA EDILE, COSI' COME NESSUNA EROGAZIONE, PER LO STESSO TITOLO E' STATA OTTENUTA O E' IN CORSO DI OTTENIMENTO DA ALTRO ENTE E/O CASSA EDILE.

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:

1° **COPIA CERT MEDICO DI MALATTIA**

2° **ATTESTATO DI SERVIZIO (MESE DEL CERTIFICATO MEDICO)**

FIRMA.....

PALERMO, li.....

=====

RIQUADRO A

SI ATTESTA CHE IL SIG.NATO IL.....
ASSUNTO ILE'E' STATO ALLE DIPENDENZE DI QUESTA IMPRESA PRESSO IL
CANTIERE.....SINO ALLA DATA, E CHE PER LO
STESSO SONO STATI RISPETTATI GLI OBBLIGHI DERIVANTI DAI VIGENTI CONTRATTI COLLETTIVI DI
LAVORO E DEGLI ACCORDI NAZIONALI E PROVINCIALI NEI CONFRONTI DI CODESTA CASSA EDILE.

PALERMO, li.....

TIMBRO E FIRMA DELL'AZIENDA

RISERVATO ALLA C.E.P.I.M.A.

Cepima

Via G. Borremans, 17 – Palermo Tel. 091/206318 Fax 091/229593

Email: sportello@cassaedilepalermo.it

C.E.P.I.M.A. VIA GUGLIELMO BORREMANS, 17 TEL.091206318-091206358 – 90145 PALERMO

IL SIGNATO IL

HA PRESENTATO DOMANDA PER INDENNITA' CARENZA MALATTIA.....

PALERMO li.....

(L'INCARICATO)

.....