

**DOMANDA ASSISTENZE FAMILIARI DEI DIPENDENTI
VALIDA DAL 1° OTTOBRE 2020 AL 30 SETTEMBRE 2021**

Mod.04F Rev. 0 di 12/2020

Il sottoscritto _____ nato il ___/___/_____

residente a _____ CAP _____ Prov _____

via _____ Frazione _____

Nr. cellulare _____ mail _____

IBAN Conto Corrente _____

Istituto Bancario _____ Filiale _____

**DICHIARANDO DI ESSERE A CONOSCENZA DEL PROGRAMMA DI ASSISTENZE FAMILIARI
VIGENTE, CHIEDE L'ASSISTENZA DI SEGUITO CONTRASSEGATA**

voce	descrizione	beneficiario solo se a carico	importo massimo ric.to per familiare
44	CONTRIBUTO PER PROTESI ACUSTICHE	<input type="checkbox"/> CONIUGE	350,00 €
		<input type="checkbox"/> FIGLI	
45	CONTRIBUTO PER PROTESI OCULISTICHE	<input type="checkbox"/> CONIUGE	150,00 €
		<input type="checkbox"/> FIGLI	
46	CONTRIBUTO CINTI, CALZE ELASTICHE E SCARPE ORTOPEDICHE NON MUTUALIZZABILI	<input type="checkbox"/> CONIUGE	400,00 €
		<input type="checkbox"/> FIGLI	
47	CONTRIBUTO PER PROTESI E CURE DENTARIE	<input type="checkbox"/> CONIUGE	400,00 €
		<input type="checkbox"/> FIGLI	

condizioni e requisiti per beneficiare del contributo

Requisiti del lavoratore dipendente del familiare richiedente: 600 ore utili (lavorate, festive, malattia, infortunio e cig) nei 4 mesi interi precedenti la domanda (esempio domanda del 14.04.2020 i mesi sono dicembre 2019, gennaio, febbraio e marzo 2020)

Documenti da allegare :

- a) certificazione medica con diagnosi e prescrizione del tipo di protesi,
- b) copia della fattura dalla quale risulti in modo chiaro la spesa sostenuta debitamente controfirmata dall'azienda o dal consulente paghe o dal sindacato che la presenta
- c) copia della busta paga ove si evince che il familiare richiedente risulta a carico fiscale o dichiarazione firmata dal datore di lavoro a pagina 2
- d) Stato di famiglia uso assegni familiari o dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia (art. 46 DPR 445/2000)
- e) consenso al trattamento dei dati personali per i familiari presente a pagina 2

Termini di presentazione: entro 90 giorni dalla data ricevuta/fattura relativa alla spesa sostenuta

Data ___/___/_____

Firma del lavoratore _____

**DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO
SE LA RICHIESTA E' PER FAMILIARI A CARICO**

Consapevole delle responsabilità civili e penali, con la presente, la sottoscritta impresa dichiara che all'operaio _____ vengono riconosciute le detrazioni fiscali per i seguenti familiari a carico:

1 _____	4 _____
2 _____	5 _____
3 _____	6 _____

(data e luogo)

(timbro e firma del datore di lavoro)

Consenso al trattamento dei dati personali e particolari per familiari dei lavoratori iscritti alla Cassa Edile Cedaier ai sensi Regolamento (UE) 679/2016 Art. 9 per usufruire delle prestazioni assistenziali

Il sottoscritto _____ (inserire nome e cognome leggibile)

codice fiscale _____, preso atto dell'informativa al trattamento dei

dati per i lavoratori e loro familiari, della Cassa Edile, pubblicata sul sito di CEDAIER, consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati particolari di cui all'art. 9, par. 1 del Regolamento UE 679/2016 ossia i dati che rilevano il tuo stato di salute. A tal fine, preso atto dell'informativa di cui sopra, nonché preso atto dei diritti, consapevole che in mancanza di consenso risulta oggettivamente impossibile per la Cassa Edile dare corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni, esprime il proprio espresso, specifico e libero consenso al trattamento dei propri dati personali, anche di natura particolare, esclusivamente allo scopo di usufruire delle prestazioni assistenziali e dei relativi rimborsi previsti per i familiari dei lavoratori della cassa edile per lo svolgimento delle finalità e con le modalità ivi riportate, nonché autorizza la comunicazione degli stessi ai soggetti indicati nella suddetta informativa.

(data e luogo)

(firma)

ELENCO FAMILIARI

_____ (cognome e nome del coniuge beneficiario)	_____ (codice fiscale)	_____ (firma)
_____ (cognome e nome del 1° figlio beneficiario)	_____ (codice fiscale)	_____ (firma)
_____ (cognome e nome del 2° figlio beneficiario)	_____ (codice fiscale)	_____ (firma)
_____ (cognome e nome del 3° figlio beneficiario)	_____ (codice fiscale)	_____ (firma)