



EDILCASSA
MOLISE

VIA CAVOUR 41 - 86100 CAMPOBASSO
Tel (0874) 92727 - Fax (0874) 411084

Data ric.

Prot. n.

Cod. op.

Il sottoscritto nato il
residente in via N°
dipendente dell'impresa chiede l'erogazione della seguente prestazione per:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Protesi odontoiatriche | <input type="checkbox"/> Borse di studio o Buoni libro |
| <input type="checkbox"/> Protesi ortopediche | <input type="checkbox"/> Materiale scolastico |
| <input type="checkbox"/> Protesi acustiche | <input type="checkbox"/> Colonie marine |
| <input type="checkbox"/> Occhiali da vista | <input type="checkbox"/> Sussidi straordinari |
| <input type="checkbox"/> Cure termali | <input type="checkbox"/> Befana |
| <input type="checkbox"/> Ticket sanitari | <input type="checkbox"/> Sussidio per morte dell'iscritto o di un familiare |
| <input type="checkbox"/> A. P. E. S. | <input type="checkbox"/> Contributo 1 ^a casa |
| | <input type="checkbox"/> |

Data.

Firma

.....

DICHIARAZIONE DELL'IMPRESA

La sottoscritta impresa dichiara che il lavoratore
assunto il alla data del risulta alle proprie dipendenze nel
cantiere di é stato licenziato il

..... Lì

Timbro e firma

