



Richiesta Prestazione Extra-Contrattuale

SOSTEGNO SALUTE

Il sottoscrittonato il

a..... e residente in(.....)

Via n.

C.F. Telefono.....

Mail

CHIEDE

L'erogazione del contributo "SOSTEGNO SALUTE".

REQUISITI

- ◆ Il contributo è riservato agli iscritti in caso di **MALATTIA NON SUPERIORE A 7 GIORNI.**
- ◆ 1500 ore coperte da versamento nel biennio precedente l'evento di cui almeno 500 ore presso la Cassa Edile di Frosinone nei 12 mesi precedenti l'evento.
- ◆ Il contributo è erogabile UNA sola volta l'anno.
- ◆ La presente richiesta, a pena di decadenza, deve essere presentata entro 60 gg. dal termine della malattia.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- ◆ **Certificato medico comprovante la durata dell'evento di malattia.**
- ◆ Il sottoscritto ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13, REG. UE 2016/679 e s.m.i., esprime il consenso al trattamento dei dati personali sia comuni che sensibili ed alla comunicazione degli stessi dati nei limiti e per le finalità della Cassa Edile di Frosinone.

Luogo e data _____

Firma _____