



**Richiesta Prestazione Extra-Contrattuale
per Decesso – Invalidità – Legge 104**

Il sottoscritto nato il

a e residente in (.....)

Via n.

C.F. Telefono.....

Mail

CHIEDE UN CONTRIBUTO PER:

Contributo richiesto	Documentazione da allegare alla richiesta	Indicare il tipo di contributo
DECESSO ISCRITTO <i>(richiesta da presentare entro 12 mesi dall'evento)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Certificato di decesso • Atto sostitutivo di notorietà degli eredi • Documento d'identità dell'erede 	
DECESSO ISCRITTO SUL LAVORO <i>(richiesta da presentare entro 12 mesi dall'evento)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Certificato di decesso • Atto sostitutivo di notorietà degli eredi • Documento d'identità dell'erede 	
DECESSO FAMILIARE 1° GRADO (Coniuge o figlio) <i>(richiesta da presentare entro 12 mesi dall'evento)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Certificato di decesso • Stato di famiglia 	
INVALIDITA' PERMANENTE PER LAVORATORE O FAMILIARE DI 1° GRADO - Coniuge o figlio <i>(richiesta da presentare entro 180 giorni dal riconoscimento dell'invalidità)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Certificato degli Enti preposti • Stato di famiglia 	
CONTRIBUTO art. 3³ L. 104/1992 (Handicap grave) <i>(richiesta da presentare entro l'anno di avvenimento dell'evento)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Verbale ASL in corso di validità • Stato di famiglia 	

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 _____