



Modulo di richiesta **Í Visite medicheÍ** e/o **Í Rimborsí**

Compilare ed inviare a:

Cassa Edile di Frosinone È Via Tiburtina, 4 È 03100 Frosinone

Mail: cassaedile@cassaedilefrosinone.it . Mail Pec: cassaedile@pec.cassaedilefrosinone.it

Web site: www.cassaedilefrosinone.it

IMPRESA EDILE			
	(Ragione sociale)	(Indirizzo sede)	(Tel./Fax)
Iscritta presso la Cassa edile di Frosinone dal:		Con posizione n.	
Titolare o Delegato ai rapporti Impresa/Cassa Edile di Frosinone:			
LE RICHIESTE DI RIMBORSO DOVRANNO ESSERE PRESENTATE ENTRO TRE MESI DALLA DATA DI EMISSIONE DELLA FATTURA SARANNO RIMBORSATE SOLO ED ESCLUSIVAMENTE LE IMPRESE IN REGOLA CON I CONTRIBUTI CASSA EDILE PER I DIPENDENTI CHE ABBIANO MATURATO ALMENO 500 ORE NEGLI ULTIMI 12 MESI			

DIPENDENTI DA SOTTOPORRE A SORVEGLIANZA SANITARIE

N°	Matricola Cassa Edile	Nome e cognome	Data di nascita	Mansione
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

TIPOLOGIA DI SERVIZIO *(barrare la casella che interessa)*

<input type="checkbox"/>	RICHIESTA DI ASSISTENZA COMPLETA <i>(Medico competente struttura sanitaria + accertamenti)</i>
<input type="checkbox"/>	RICHIESTA DEI SOLI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI <i>(presso struttura sanitaria)</i>

La sottoscritta Impresa Edile dichiara che gli adempimenti del CCNL e dell'Integrativo provinciale vengono regolarmente eseguiti presso la Cassa Edile di Frosinone e che i dati relativi ai lavoratori in elenco sono conformi alle registrazioni sui Libri paga dell'Impresa.

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Il sottoscritto ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13, UE2016/679 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 _____

Timbro e/o firma del richiedente
