

## Richiesta Prestazione Extra-Contrattuale

### SOSTEGNO SALUTE

Il sottoscritto .....nato 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 6 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 \_\_\_\_\_