

Richiesta Prestazione Extra-Contrattuale

INFORTUNIO SUL LAVORO

Il sottoscritto nato il

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

Via n.

C.F. Telefono.....

Mail

CHIEDE UN CONTRIBUTO PER:

☐ **INFORTUNIO SUL LAVORO**

Per avere diritto al Contributo, il lavoratore iscritto deve aver maturato alla data dell'evento (**data Infortunio**), un minimo di 1.500 ore lavorate e coperte da versamento nel biennio precedente, di cui almeno 500 ore presso la Cassa Edile di Frosinone nei 12 mesi precedenti alla data dell'evento.

Riconosciuto per Infortunio occorso sul luogo di lavoro attestato da certificazione Inail entro 12 mesi dal rilascio.

ALLEGATI RICHIESTI:

- **Presentazione:** A seguito della chiusura della pratica da parte dell'Inail.
- **Documentazione:** Certificazione comprovante il punteggio di Invalidità riconosciuto.
- **Importo erogabile:** € 40 per ogni punto di Invalidità riconosciuto.

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