



DOMANDA DI ASSISTENZA

cognome	nome	data di nascita
o per esso:		nata il
via o frazione	comune	prov.
datore di lavoro		<input type="checkbox"/> tuttora in forza <input type="checkbox"/> cessato il _____
<input type="checkbox"/> Malattia oltre i 180-270 giorni: dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> Cure termali dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> Assegno funerario: decesso del lavoratore in data _____ <input type="checkbox"/> Assegno funerario: decesso del familiare _____ il _____ <input type="checkbox"/> Premio ai giovani che lavorano in edilizia di età compresa fra i 18 e i 22 anni. <input type="checkbox"/> Protesi dentarie		
data _____		firma _____

(Parte riservata alla Cassa Edile)

posiz. n°	<input type="checkbox"/> 4L <input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> OC <input type="checkbox"/> AP	iscritto alla Cassa Edile di Piacenza dal _____		
ORE ACCANTONATE A PC: nei 12 mesi precedenti n° _____ nei 2 anni precedenti n° _____				
<input type="checkbox"/> NEGATIVA _____ _____				
Il Direttore	Il Vice-Presidente	Il Presidente		
PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE				
<input type="checkbox"/> Malattia oltre i 270 gg _____ per € _____ = € _____				
<input type="checkbox"/> Cure termali _____ gg _____ per € _____ = € _____				
<input type="checkbox"/> Assegno funerario _____ = € _____				
<input type="checkbox"/> Protesi dentarie _____ = € _____		Il Direttore		
Importo da liquidare €		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Mandato n°</td> <td style="width:50%;">Data mandato</td> </tr> </table>	Mandato n°	Data mandato
Mandato n°	Data mandato			