



**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"/> OQ <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 _____		
<p>Il Direttore _____ Il Vice-Presidente _____ Il Presidente _____</p>		
<b>PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE</b>		Il Direttore _____
<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 _____ = € _____		
Importo da liquidare € _____		Mandato n° _____
		Data mandato _____