



CASSA EDILE DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

38123 TRENTO - via Ragazzi del '99, nr. 29 - tel. 0461.380140 - fax. 0461.380160

www.cassaediletn.it e-mail: assistenza@cassaediletn.it

Il sottoscritto _____ codice C.E. _____

nato il _____ abitante a _____

via/fraz. _____ nr. _____

codice fiscale _____

dipendente dell'impresa _____

riconfermando la propria adesione alla Cassa Edile di Trento e dichiarando di accettarne lo Statuto e le Regolamentazioni chiede l'erogazione della seguente indennità, relativa a prestazioni specialistiche e/o protesi per suo esclusivo beneficio fisico e non per i familiari:

500 ore lavorate in provincia di Trento	<input type="checkbox"/> PROTESI OCULISTICHE	Dichiarazione ditta fornitrice - fotocopia fattura , prescrizione dell'ottico o dell'oculista
	<input type="checkbox"/> INTERVENTO LASER AGLI OCCHI	Attestazione della prestazione effettuata- fotocopia fattura ; fotocopia certificato medico di prescrizione.
	<input type="checkbox"/> APPARECCHI ACUSTICI	Dichiarazione ditta fornitrice - fotocopia fattura , prescrizione medica
	<input type="checkbox"/> PROTESI VARIE (non dentarie)	Dichiarazione ditta fornitrice - fotocopia fattura , prescrizione medica

- CURE DENTARIE** Dichiarazione del medico dentista - **fotocopia fattura**

500 ore lavorate in provincia di Trento nei 12 mesi precedenti la fattura: erogazione massima annua di **€ 650,00**

2100 ore nei 24 mesi precedenti la fattura, **delle quali 1000 lavorate in provincia di Trento**: erogazione massima annuo di **€ 800,00**

Informa che **nei 24 mesi precedenti la data della fattura** ha lavorato nelle province di:

.....

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che l'uso della presente richiesta, ai fini di ottenere benefici non dovuti, è perseguibile ai sensi dell'art. 640 del Codice Penale e di acconsentire al trattamento dei dati personali – sia comuni che sensibili – ed alla loro comunicazione e diffusione per la realizzazione delle finalità istituzionali della Cassa Edile, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni.

Dichiara inoltre che il costo della prestazione in oggetto è rimasto interamente a proprio carico e che non sono pendenti altre richieste di contributo presso altri Enti.

Data, _____

Firma _____

La richiesta di prestazioni deve tassativamente pervenire entro 12 mesi dalla data della fattura. Per la liquidazione dell'assistenza è necessario che il datore di lavoro abbia presentato presso la Scrivente la denuncia di accantonamento relativa al mese della fattura o prestazione.

RISERVATO ALLA CASSA EDILE:

CURE DENTARIE

Il sottoscritto medico curante

consapevole delle responsabilità penali conseguenti alle false certificazioni (art. 481 C.P.)

DICHIARA

che le prestazioni specialistiche: (in dettaglio) _____

di cui alla fattura nr. _____ di data _____ per l'importo
di Euro _____ (_____)

sono state effettuate esclusivamente sulla persona del Signor

nato il _____ codice fiscale _____

ed in suo esclusivo favore

data

Timbro e firma del medico curante

NOTE PER IL MEDICO:

- L'uso indebito della presente dichiarazione, ai fini di ottenere benefici non dovuti, sarà perseguito ai sensi dell'art. 640 C.P. (truffa aggravata)
- La fattura dovrà essere intestata esclusivamente al beneficiario delle prestazioni e dovrà riportare, nell'oggetto, la descrizione dettagliata delle prestazioni medesime.

N.B. Per le cure effettuate all'estero la documentazione allegata alla richiesta dovrà soddisfare le condizioni previste dalla normativa fiscale italiana per poter ottenere la detraibilità d'imposta.