CASSA EDILE
PROVINCIA DI TRENTO

Via Ragazzi del '99, 29 - 38123 TRENTO
CF: 96002280228
tel. (+39) 0461 380140
mail: assistenza@cassaediletn.it
web: www.cassaediletn.it

DOMANDA CONTRIBUTO SALUTE

(inviare tramite email a: **assistenza@cassaediletn.it**)

Il/la sottoscritto/a

COGNOME								NOME								
NATA/O A								IN DATA								
CODICE FISCALE																
RECAPITO TELEFONICO																
VIA/P.ZZA:														NR.:		
COMUNE:									PROV:					CAP:		
CHE LAVORA PRESSO LA DITTA																

CHIEDE L'EROGAZIONE DI:

- ☐ CONTRIBUTO PER LA TERAPIA SALVAVITA
- ☐ RIMBORSO PER SOSTEGNO PSICOLOGICO

DICHIARA

- che tutto quanto riportato sul presente modulo e relativi allegati corrisponde al vero;
- di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del REG. UE 2016/679, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dal REG. UE 2016/679, e di acconsentire al trattamento dei dati, anche particolari, relativi al mio nucleo familiare/anche per il soggetto minorenne, per le finalità di cui al punto 1) dell'informativa visibile all'indirizzo https://www.cassaediletn.it/privacy-policy.

Prende atto che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, e che il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti in caso di dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del medesimo decreto

Dichiara di aver preso visione del documento denominato INFORMATIVA CASSA EDILE DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO, rilasciata ai sensi del Regolamento (UE) GDPR 2016/679, e, con la sottoscrizione del presente modulo, ACCONSENTE: - al Trattamento dei Dati Personali e Particolari (dati sensibili e/o di profilazione) che la riguardano, funzionale alla realizzazione delle finalità indicate nell'Informativa da parte della Cassa Edile della Provincia Autonoma di Trento; - alla comunicazione degli stessi alle Categorie di Soggetti indicate nell'Informativa.

Luogo e data _____ _____

Firma del lavoratore

ALLEGATI OBBLIGATORI: Vedi Note di compilazione

CASSA EDILE
PROVINCIA DI TRENTO

Via Ragazzi del '99, 29 - 38123 TRENTO
CF: 96002280228
tel. (+39) 0461 380140
mail: assistenza@cassaediletn.it
web: www.cassaediletn.it

NOTE DI COMPILAZIONE
DOMANDA CONTRIBUTO SALUTE

ALLEGATI OBBLIGATORI:

- copia carta d'identità e codice fiscale del dichiarante;

per terapia salvavita:

- idonea certificazione medica che attesta la terapia salvavita;
- copia della busta paga con decurtazione della retribuzione

per sostegno psicologico:

- dichiarazione medica rilasciata da struttura pubblica o convenzionata al Servizio Sanitario Nazionale in cui si attesta il nesso di causalità della necessità di sostegno psicologico in conseguenza a eventi scaturiti da stress legato all'attività lavorativa;
- ricevuta di pagamento;

- eventuale altra documentazione in possesso

REQUISITI:

- almeno 800 ore lavorate/versate presso la Cassa Edile di Trento nel periodo di 12 mesi precedenti alla presentazione della domanda;
- essere attivo/a alla Cassa Edile di Trento al momento della presentazione della domanda di contributo o avere almeno una denuncia alla Cassa Edile di Trento negli ultimi 3 mesi antecedenti alla data di presentazione della domanda.

MODALITA':

Inviare la domanda in formato PDF all'indirizzo mail: assistenza@cassaediletn.it

La domanda **per terapia salvavita** può essere presentata dal 1 gennaio al 31 dicembre, decorsi 6 mesi di malattia (ovvero nel periodo di decurtazione della retribuzione).
La domanda **per sostegno psicologico** può essere presentata dal 1 gennaio al 31 dicembre. E' necessario attestare il nesso di causalità della necessità di sostegno psicologico in conseguenza a eventi scaturiti da stress legato all'attività lavorativa;

La Cassa Edile di Trento si riserva di respingere le domande se non presentate con i requisiti e le modalità richieste.