



CASSA EDILE DI MUTUALITÀ E ASSISTENZA DELLA PROVINCIA DI ASTI

MODULO PER RICHIESTA RIMBORSO CARENZA
Per eventi da 1 a 6 giorni

Il sottoscritto _____ **Nato il** _____
a _____ **Prov.** _____
Residente in _____ **Via** _____
CAP _____ **Prov.** _____ **Tel.** _____
Indirizzo e-mail _____
Dipendente dell'Impresa _____

chiede a questa Cassa Edile il rimborso della Carenza per evento morboso di malattia non superiore a 6 giorni e dichiara di essere stato assente dal lavoro

dal al
(gg/mm/aaaa) (gg/mm/aaaa)

e che il pagamento venga effettuato tramite accredito diretto sul c/c bancario o postale sottostante a me intestato:

I B A N
PAESE CHECK DIGIT CIN ABI CAB CONTO CORRENTE

Documenti da allegare al presente modulo:

- Fotocopia del certificato di malattia comprovante l'evento

Data _____

_____ Firma del lavoratore

N.B. Si ricorda che la presente domanda deve essere presentata entro 60gg dalla data inizio evento

SPAZIO RISERVATO ALLA CASSA EDILE

Cod. Operaio

Cod. Ditta

Importo Rimborsato Lordo

Data

Firma per autorizzazione

Cassa Edile di Mutualità ed Assistenza della Provincia di Asti - Via Luigi Borsarelli, 19- 14100 ASTI (AT)

Tel. 0141 531354 - Fax. 0141 437188

E-mail: ceasti@cassaedile.asti.it - P.E.C.: AT00@infopec.cassaedile.it

Web: <http://www.cassaedile.asti.it>