

RICHIESTA RIMBORSO SPESE VIAGGIO PER CURE MEDICHE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
NATO/A IL	<input type="text"/>	A	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	NAZIONE	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	TEL.	<input type="text"/>
E RESIDENTE IN	<input type="text"/>	NEL COMUNE DI	<input type="text"/>

fa domanda a codesta Cassa Edile del sussidio previsto per le spese sostenute per:

VIAGGI CURE MEDICHE

Allega: **biglietti viaggio e certificazione sanitaria, se per familiare allegare anche stato di famiglia.**

Ai sensi dell'art. 13 del D.L. 196 30/06/2003 ed al regolamento U.E. 2016/679, consente il trattamento dei dati personali nella misura necessaria per la realizzazione delle finalità della Cassa Edile.

Luogo e Data

Il richiedente

Rimborso spese di viaggio per cure mediche

Nel caso il lavoratore o un familiare a suo carico sia costretto a recarsi fuori dalla Sardegna per sostenere delle cure mediche non prestate nelle strutture sanitarie della regione, la Cassa Edile rimborserà le spese per il viaggio dell'ammalato e di un accompagnatore fino ad un massimo di € 1.200 che non potrà essere superato nell'arco temporale di 3 anni.

Termine presentazione domanda

La domanda, redatta su apposito modulo predisposto dalla Cassa Edile, dovrà essere presentata entro 90 giorni dall'evento.

Documentazione da allegare:

- 1) Certificazione sanitaria.
- 2) Biglietti di viaggio originali.
- 3) Se per familiare allegare anche stato di famiglia.

Requisiti del lavoratore

- 1) Rapporto di dipendenza, al momento dell'evento, da un'impresa iscritta ed in regola nei confronti della Cassa Edile del Nord Sardegna.
- 2) Versamento alla Cassa Edile del Nord Sardegna dei contributi per almeno 600 ore lavorate nei 12 mesi precedenti l'evento.

Non verranno prese in considerazione le ore registrate presso altre Casse Edili.

RISERVATO ALLA CASSA EDILE

Prot. n° _____ Pos. C.E. _____

Anzianità maturata _____ Reg. contr. _____ Liq. precedenti _____

Da liquidare €. _____ Importo fattura € _____

Note _____

L'IMPIEGATO

IL DIRETTORE