

Codice \_\_\_\_\_

## PRESTAZIONE INTEGRATIVA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
alle dipendenze dell'impresa \_\_\_\_\_ num. cellulare \_\_\_\_\_  
codice fiscale (obbligatorio) \_\_\_\_\_  
indirizzo mail \_\_\_\_\_

## CHIEDE

### INFORTUNIO EXTRA LAVORO ED EXTRA SANEDIL

Allega i seguenti documenti

### Certificato della commissione medica attestante l'invalidità totale o parziale

Dichiara di essere informato sulla nuova normativa relativa alla privacy (GDPR 679/2016) ed autorizza la Cassa Edile al trattamento dei dati personali (sia comuni che particolari) nonché alla loro comunicazione a terzi per la realizzazione delle finalità istituzionali e contrattuali dell'Ente medesimo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**NB: LA DOMANDA DOVRA' ESSERE INOLTRATA ENTRO 6 MESI DAL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITA'**

---

#### **Sede Legale**

Via Prati 29 - 65124 Pescara - c.f. 80000030694 – tel. 085/4155201  
PEC: chieti@postepc.cassaedile.it - e-mail: cassaedilechieti@tin.it  
PEC: PE00@postepc.cassaedile.it - e-mail: info@cassaedilepescara.it  
www.cassaedilechietipescara.it