

CODICE OPERAIO	SIGLA OPERATORE
DATA PROTOCOLLO	
NUMERO PROTOCOLLO	

il sottoscritto nato il
 a prov. telefono
 residente a prov. c.a.p.
 in via n.
 dipendente alla data odierna della DITTA

preso atto del vigente regolamento dei contributi alla Cassa Edile di Pescara, **richiede la seguente prestazione:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> protesi, apparecchi ortodontici e cure dentarie | <input type="checkbox"/> contributo matrimoniale |
| <input type="checkbox"/> occhiali da vista, lenti a contatto | <input type="checkbox"/> sussidio funerario |
| <input type="checkbox"/> apparecchi ortopedici | <input type="checkbox"/> soggiorno climatico estivo |
| <input type="checkbox"/> protesi acustiche | <input type="checkbox"/> borsa di studio |
| <input type="checkbox"/> cure termali | <input type="checkbox"/> ape decesso o inabilità |
| <input type="checkbox"/> premio di prima occupazione in edilizia | |

Se il beneficiario della prestazione è un familiare **a carico fiscalmente**, indicare il nominativo:

- coniuge figlio

Cognome e nome
 luogo e data di nascita cod. fiscale

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

il sottoscritto lavoratore in calce identificato, dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del REG. UE 2016/679, in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dal REG. UE 2016/679, e di acconsentire al trattamento dei dati.

LUOGO E DATA

FIRMA DEL LAVORATORE

EVENTUALI ANNOTAZIONI