RAGIONE SOCIALE IMPRESA …………………………………………………………………………

MOD. 3G\_01

Spett.le

**CASSA EDILE ALESSANDRIA**

Via dell’Industria n. 56

15121 ALESSANDRIA

CODICE IMPRESA C.E. ……………………………

**VERIFICA REQUISITI PER INDENNIZZO CARENZA MALATTIA PRIMI TRE GIORNI**

MESE DI …………………………………………………..

Con la presente si richiede il rimborso dell’indennizzo per “carenza malattia primi tre giorni” da noi anticipata per i lavoratori di seguito elencati,

si allegano i relativi certificati medici e copie delle buste paga:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N | ***Cognome*** | ***Nome*** | ***data di nascita*** | ***periodo*** | ***rimborso richiesto*** |  | ***ESITO*** | ***data rimborso*** |
| 1 |   |   |   |   | Euro |  |   |   |
| N | ***Cognome*** | ***Nome*** | ***data di nascita*** | ***periodo*** | ***rimborso richiesto*** |  |   |   |
| 2 |   |   |   |   | Euro |  |   |   |
| N | ***Cognome*** | ***Nome*** | ***data di nascita*** | ***periodo*** | ***rimborso richiesto*** |  |   |   |
| 3 |   |   |   |   | Euro |  |   |   |
| N | ***Cognome*** | ***Nome*** | ***data di nascita*** | ***periodo*** | ***rimborso richiesto*** |  |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |

Alessandria, li ………………………………………..

*I dati personali acquisiti li trattiamo nel rispetto dei principi e disposizioni stabilite dal D. Lgs. 196/2003, dal Regolamento Europeo 679/2016, dalla normativa italiana di riferimento nonché dai provvedimenti emanati dall’Autorità Garante come meglio specificato nelle informative complete e firmate con espressione del consenso consegnate all’atto dell’iscrizione a codesta Cassa Edile sia dell’impresa che dei lavoratori iscritti. Tale documento è sempre a disposizione degli interessati sia sul nostro sito* [www.sistemaedileal.it](http://www.sistemaedileal.it) *che presso i nostri uffici amministrativi.*

*Timbro e firma dell’impresa Timbro e firma C.E. AL*