

RAGIONE SOCIALE IMPRESA _____

CODICE IMPRESA C.E. _____

VERIFICA REQUISITI PER INDENNIZZO CARENZA MALATTIA PRIMI TRE GIORNI – MODELLO 3G_01

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:

Spett.le

CASSA EDILE ALESSANDRIA

Viale dell'Industria n. 56

15121 ALESSANDRIA

rimborsi.malattie@cassaedilealessandria.it

N	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	PERIODO	RIMBORSO RICHIESTO	ESITO	DATA RIMBORSO
1					€		
N	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	PERIODO	RIMBORSO RICHIESTO		
2					€		
N	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	PERIODO	RIMBORSO RICHIESTO		
3					€		
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 che presso i nostri uffici amministrativi.

Timbro e firma dell'impresa

Timbro e firma Cassa Edile Alessandria