

RAGIONE SOCIALE IMPRESA \_\_\_\_\_

CODICE IMPRESA C.E. \_\_\_\_\_

CODICE IBAN \_\_\_\_\_

Spett.le

**CASSA EDILE ALESSANDRIA**

Viale dell'Industria n. 56

15121 ALESSANDRIA

rimborsi.malattie@cassaedilealessandria.it

**VERIFICA REQUISITI PER INDENNIZZO CARENZA MALATTIA PRIMI TRE GIORNI – MODELLO 3G\_02**

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	
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	TOTALE RIMBORSO RICHIESTO
4					€	€

*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.*

Alessandria, li \_\_\_\_\_

*Timbro e firma dell'impresa*

Avvertenza: il presente modulo deve essere compilato mensilmente dall'impresa, sottoscritto e trasmesso alla Cassa Edile di Alessandria **non oltre 90 giorni dalla data di scadenza** del mese cui il pagamento si riferisce, **pena decadenza**