



CASSA EDILE DI MUTUALITÀ E ASSISTENZA DELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA

EROGAZIONE SUSSIDIO PER PROTESI DENTARIE, OCULISTICHE, ACUSTICHE, ORTOPEDICHE

La Cassa Edile di Mutualità e di Assistenza riconosce, ai lavoratori che necessitano di protesi ortopediche, acustiche, odontoiatriche ed oculistiche, un sussidio - a titolo di concorso alla spesa - pari al 60% del costo della protesi, per un massimo di € 1.080,00 per anno solare (fatture emesse dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno di riferimento).

L'importo della spesa sostenuta deve essere documentato da idoneo documento fiscale attestante la natura della prestazione, l'avvenuto pagamento ed il nome dell'operaio beneficiante della protesi. Il sussidio non potrà essere superiore a € 240,00 per ogni protesi oculistica, ivi comprese le lenti a contatto.

REQUISITI PER L'OTTENIMENTO DEL SUSSIDIO

Il lavoratore deve aver maturato, nel biennio precedente l'evento (data della fattura di saldo), 1.500 ore di lavoro effettivo ordinario solo ed esclusivamente presso la Cassa Edile di Alessandria.

ESCLUSIONI

Le assistenze per protesi spettano solo ed esclusivamente al lavoratore e non sono erogabili sussidi per spese mediche relative ai familiari.

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Le domande di erogazione del sussidio, **corredate di tutti i documenti sotto elencati**, dovranno pervenire alla sede della Cassa Edile (consegnate a mano o inviate per posta all'indirizzo di Viale dell'Industria n. 56 – 15121 Alessandria), inderogabilmente, entro un anno dalla data della fattura di saldo.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI RICHIESTA DEL SUSSIDIO

1. Fattura/fatture IN ORIGINALE attestante/i la natura della prestazione, l'avvenuto pagamento ed il nome dell'operaio beneficiante della protesi;
2. Dichiarazione di responsabilità da compilarsi a cura del medico curante (allegato 1)



**CASSA EDILE DI MUTUALITÀ E ASSISTENZA
DELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA**

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ (1)

Io sottoscritto _____

attività (2) _____

dichiaro con la presente sotto la mia completa responsabilità che,

i valori indicati nella fattura n. _____

del _____ di € _____

riguardano esclusivamente le prestazioni da me effettuate al Sig.

In fede (Timbro e firma)

(1) La presente dichiarazione viene richiesta per verificare il diritto, o meno, al contributo erogato dal ns. Ente per questo tipo di intervento.

(2) Indicare l'attività svolta (es : dentista, ottico, ecc.)