



DOMANDA DI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI

(in vigore dal 01/03/2023)

Iscritto .....

Io sottoscritto.....nato il .....

a ..... C.F. ....

Residente a .....

Via ..... n° ..... Prov. ....

n. .... Prov. ....

Chiede che gli vengano concesse le seguenti prestazioni assistenziali:

☐ Decesso

☐ Figli P.H. (L. 104)

☐ Natalità

☐ Giovani

☐ Apprendistato

☐ Ricambio generaz.le

☐ Prestaz. Straordinaria

Dichiara di essere alle dipendenze dell'Impresa .....

E di avere maturato ore presso la Casse Edile di .....

Allega i seguenti documenti

1) .....

2) .....

3) .....

La Spezia, .....

Firma .....

**(requisito richiesto: 1.300 ore nei dodici mesi precedenti la data dell'evento e che risultino coperte da contribuzione)**

SPAZIO RISERVATO ALLA CASSA EDILE

Anzianità dal .....al.....

Importo lordo €. ....

ore ordinarie .....

Rit. Fisc. €. ....

ore malattia .....

Importo netto €. ....

ore infortunio .....

Ore permesso sindacale .....

TOTALE .....

Visto: Il Direttore

Visto: Il Comitato di Presidenza

.....

.....

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (data)

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

*Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere/infedeli, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 nonché dall' art. 75 del D.P.R per la decadenza dei benefici eventualmente ottenuti*

### DICHIARA CHE **IL/I FIGLIO/I**

COGNOME E NOME	NATO/A A	IL
_____	_____	_____
CODICE FISCALE _____		

COGNOME E NOME	NATO/A A	IL
_____	_____	_____
CODICE FISCALE _____		

COGNOME E NOME	NATO/A A	IL
_____	_____	_____
CODICE FISCALE _____		

COGNOME E NOME	NATO/A A	IL
_____	_____	_____
CODICE FISCALE _____		

E' convivente con il proprio nucleo familiare ☐ SI ☐ NO

E' convivente con il nucleo familiare dell'altro genitore ☐ SI ☐ NO

In fede

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(il Dichiarante)

## **AUTOCERTIFICAZIONE DEL CARICO FAMILIARE**

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. del 28 dicembre 200 n° 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso DPR per il rilascio di false dichiarazioni, **DICHIARO** quanto segue:

### **STATO CIVILE**

Celibe / nubile	Separato/a	(allegare sentenza separazione)
Coniugato/a	Divorziato/a	(allegare sentenza di divorzio)
Convivente	Vedovo/a	

### **DATI DEL CONIUGE:**

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Invalido permanente

### **CARICO FAMILIARE**

(art. 12 del TUIR)

**NB: Dichiarare SOLO i familiari a carico**

### **FIGLI A CARICO:**

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Studente	Disoccupato	Invalido permanente

### **ALTRI FAMILIARI A CARICO:**

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Familiare a carico del dichiarante	Invalido permanente

Data, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_