

MODULO PER DOMANDA ASSISTENZA**Il sottoscritto** _____ **Nato il** _____**Residente in** _____ **Via** _____**CAP** _____ **Prov.** _____ **Cellulare** _____**Indirizzo e-mail** _____

porge rispettosa domanda al fine di ottenere un' assistenza integrativa per

- ☐ **CARENZA MALATTIA**
- ☐ **RIMBORSO CENTRO ESTIVO**
- ☐ **RIMBORSO SPESE DIDATTICHE**
- ☐ **ASSEGNO FUNERARIO**
- ☐ **SUSSIDIO PORTATORI DI HANDICAP**
- ☐ **SUSSIDIO ORDINARIO**
- ☐ **SUSSIDIO STRAORDINARIO**
- ☐ **NASCITA FIGLIO/A**

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. L'informativa completa è quella a Lei consegnata e da Lei firmata con espressione del consenso al trattamento dati al momento dell'iscrizione a codesta Cassa Edile.

Tale documento è a Sua disposizione sia sul nostro sito www.cassaedile.asti.it che presso i nostri uffici amministrativi.

Firma del lavoratore

RISERVATO CASSA EDILE

Importo della prestazione	Data	Firma per autorizzazione