

MODULO DI DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA INTEGRATIVA EROGATE DALLA CASSA PORTIERI

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE LA PRESTAZIONE	Cognome		Nome		
	Via/P.zza e numero civico di residenza				C.A.P.
	Comune	Prov.	Telefono	e@mail	
	nella sua qualità di (barrare la relativa casella): a) dipendente b) coniuge c) erede				

DATI RELATIVI AL RAPPORTO DI LAVORO <small>(nome e cognome del dipendente vanno indicati solo se diversi dal richiedente; gli altri campi vanno invece riempiti sempre)</small>	dipendente (indicare Cognome e Nome solo se diverso dal richiedente la prestazione di cui sopra)				
	in servizio in Via/P.zza (indicare Via e numero civico del luogo di lavoro)				C.A.P.
	Comune (indicare il Comune del luogo di lavoro)				Prov.(sigla)
	Data di assunzione	Profilo professionale	Tempo parziale (barrare se si)	Data di cessazione	
/ /			/ /		

DATI RELATIVI AL DATORE DI LAVORO	MATRICOLA INPS (indicare sempre)		Ragione sociale o forma giuridica del datore di lavoro		
	Via e numero civico del datore di lavoro				C.A.P.
	Comune				Prov.(sigla)

RICHIESTA della PRESTAZIONE	chiede l'erogazione della seguente prestazione			
	<input type="checkbox"/> A) Assegno per nascita	<input type="checkbox"/> B) Contributo per spese funerarie		
	<input type="checkbox"/> C) Contributo per familiari portatori di invalidità	<input type="checkbox"/> D) Contributo per spese mediche		

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA <small>(unire a seconda del tipo di richiesta la documentazione indicata)</small>	Ai fini della domanda di cui sopra si allega la seguente documentazione (barrare le caselle interessate)			
	A)	Nel caso di richiesta di assegno per nascita:		<input type="checkbox"/> 1) Certificato di nascita <input type="checkbox"/> 2) Stato di famiglia
		<input type="checkbox"/> 3) Dichiarazione di regolarità contributiva firmata dal datore di lavoro (modulo MRC6/08)		
	B)	Nel caso di richiesta di contributo per spese funerarie:		<input type="checkbox"/> 1) Certificato di morte <input type="checkbox"/> 2) Stato di famiglia
		<input type="checkbox"/> 3) Dichiarazione di regolarità contributiva firmata dal datore di lavoro (modulo MRC6/08)		
C)	Nel caso di richiesta contributo per familiari portatori di invalidità:		<input type="checkbox"/> 1) Stato di famiglia <input type="checkbox"/> 2) Fotocopia modello CUD	
	<input type="checkbox"/> 3) Certificazione della competente ASL attestante i requisiti di invalidità civile richiesti			
D)	<input type="checkbox"/> 4) Dichiarazione di regolarità contributiva firmata dal datore di lavoro (modulo MRC6/08)			
	Nel caso di richiesta di rimborso spese mediche:			
<input type="checkbox"/> 1) Fattura originale (o equivalente documentazione fiscale) da dove risulti la prestazione effettuata e la spesa sostenuta				
<input type="checkbox"/> 2) Dichiarazione di regolarità contributiva firmata dal datore di lavoro (modulo MRC6/08)				

MODALITA' DI ACCREDITO <small>(scegliere una delle 3 alternative indicate)</small>	Indicare la preferita modalità di pagamento			
	<input type="checkbox"/> 1) Bonifico bancario su c/c IBAN	_____		
		intestato a _____	presso (banca, ag.) _____	
	<input type="checkbox"/> 2) Versamento sul c/c postale n. _____	intestato a _____		
	<input type="checkbox"/> 3) Assegno circolare non trasferibile intestato a _____			

DATA E FIRMA	Data		Firma	
	_____		_____	