mod. MAI/13

Spett.le CASSA PORTIERI
C.so Trieste, 10
00198 ROMA

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

(nome e cognome del dipendente vanno indicati solo se diversi dal richiedente; gli altri campi vanno invece riempiti sempre)

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

☐ A) Contributo per nascita
☐ B) Contributo per spese funerarie
☐ C) Contributo per familiari portatori di invalidità
☐ D) Contributo per spese mediche

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

(unire a seconda del tipo di richiesta la documentazione indicata)

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:
☐ 1) Certificato di nascita ☐ 2) Stato di famiglia
☐ 3) Dichiarazione di regolarità contributiva firmata dal datore di lavoro (modulo MRC/13)

B) Nel caso di richiesta di contributo per spese funerarie:
☐ 1) Certificato di morte ☐ 2) Stato di famiglia
☐ 3) Dichiarazione di regolarità contributiva firmata dal datore di lavoro (modulo MRC/13)

C) Nel caso di richiesta contributo per familiari portatori di invalidità:
☐ 1) Stato di famiglia ☐ 2) Copia modello CUD
☐ 3) Certificazione della competente ASL attestante i requisiti di invalidità civile richiesti
☐ 4) Dichiarazione di regolarità contributiva firmata dal datore di lavoro (modulo MRC/13)

D) Nel caso di richiesta di rimborso spese mediche:
☐ 1) Fattura originale (o equivalente documento fiscale) da dove risulti la prestazione effettuata e la spesa sostenuta
☐ 2) Dichiarazione di regolarità contributiva firmata dal datore di lavoro (modulo MRC/13)

MODALITA' DI ACCREDITO

(scegliere una delle 2 alternative indicate)

Indicare la preferita modalità di pagamento

☐ 1) Bonifico bancario su c/c IBAN |__|__|__|__|__|__|-|__|__|__|__|__|__|-|__|__|__|__|__|__|-|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

intestato a | presso (banca, ag.

☐ 2) Versamento sul c/c postale n | intestato a

DATA E FIRMA

Data | Firma