*mod. MAI/18*

*Sezione Fondo Malattia e di Assistenza Integrativa*

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 (richiedente) | Nome (richiedente)

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)

Cognome e Nome dipendente (indicare solo se soggetto diverso dal richiedente la prestazione)

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

**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

B) Nel caso di richiesta di contributo per spese funerarie:

☐ 1) Certificato di morte ☐ 2) Stato di famiglia

C) Nel caso di richiesta contributo per familiari portatori di invalidità:

☐ 1) Stato di famiglia ☐ 2) Copia modello CU (anno richiesta)

☐ 3) Certificazione della competente ASL attestante i requisiti di invalidità civile richiesti

**MODALITA' DI ACCREDITO**

(scegliere una delle 2 alternative indicate)

Indicare la modalità di pagamento preferita

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

intestato a | presso (banca, ag.

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

**DATA E FIRMA**

Data ..... Firma .....