

## DOMANDA PER PRESTAZIONI

**Termine di presentazione: entro giugno dell'anno successivo alla data della fattura o dell'evento**

Il/la sottoscritto/a (cognome) ..... (nome) .....

nato/a a ..... il .....

residente a ..... CAP ..... Prov.....

via e n. civico ..... tel./cell. ....

### CHIEDE L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE PREVISTA PER:

#### OCCHIALI / LENTI A CONTATTO

per sé: **allegare:** copia fattura pagata con costi separati per montatura e lenti, dichiarazione del venditore

per il/la minore: **allegare:** copia fattura pagata, dichiarazione del venditore e stato di famiglia o autocertificazione

#### INTERVENTO CHIRURGICO AGLI OCCHI MEDIANTE LASER O ALTRA TECNOLOGIA

**allegare:** copia fattura pagata e certificazione eventuali rimborsi di altri enti

#### CURE DENTARIE

per sé: **allegare:** copia fattura pagata, dichiarazione del dentista, rimborso ASL (solo per residenti Prov. di BZ)

per il/la minore: (solo apparecchi ortodontici) **allegare:** copia fattura pagata, dichiarazione del dentista, rimborso ASL (solo per residenti Prov. di BZ) e stato di famiglia o autocertificazione

#### PROTESI VARIE

per sé: **allegare:** copia fattura pagata, eventuali rimborsi di altri enti, dichiarazione del venditore

per il/la minore: **allegare:** copia fattura pagata, eventuali rimborsi di altri enti, dichiarazione del venditore e stato di famiglia o autocertificazione

#### ASSEGNO FUNERARIO SOLO PER PARENTI DI 1° GRADO

**allegare:** copia certificato di morte e copia stato di famiglia storico

#### ASSEGNO DI NATALITÀ

**allegare:** copia certificato di nascita con indicazione della paternità e stato di famiglia

#### SUSSIDI STRAORDINARI (mettersi in contatto con la Cassa Edile)

#### ASSEGNO FUNERARIO PER DECESSO DEL LAVORATORE

**allegare:** copia certificato di morte, dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, copia stato di famiglia, eventuale delega per l'incasso del contributo Cassa Edile, se figli minori dichiarazione del giudice tutelare

Data .....

Firma del/la richiedente .....