

Spett.le
CRP Comitato Regionale Paritetico
presso la Cassa Artigiana dell'Edilizia
 Via Machiavelli 96/D
 09131 – CAGLIARI
 E-mail: prestazioni@caesardeгна.it
 TEL 0704525553

RICHIESTA CONTRIBUTO PER INTERVENTI SANITARI

Il sottoscritto titolare dell'Impresa
 denominata cod. Num. CAE

CHIEDE

l'erogazione del contributo della CAE previsto per la sorveglianza sanitaria attuata dall'Impresa a favore dei propri dipendenti.

A tal fine e in ottemperanza al Regolamento CAES, DICHIARA di aver già provveduto ad effettuare le previste comunicazioni al Comitato Paritetico Territoriale⁽¹⁾

DICHIARA sotto la propria responsabilità di aver sottoposto a sorveglianza sanitaria i seguenti dipendenti:

COGNOME E NOME	MANSIONE	DATA ASSUNZIONE

Si ricorda:

- Termine della presentazione della domanda: entro 90 giorni dalla data in cui si sono svolte le visite mediche.
- Requisiti : il dipendente deve avere almeno 480 ore lavorate (dichiarate presso CAE) tra i 12 mesi precedenti e i 6 mesi successivi alla data di presentazione.

ALLEGA alla presente richiesta la seguente documentazione:

- Documento comprovante l'intervento (es. fattura quietanzata con indicazione dei servizi resi).

In fede

_____, ____/____/____

 (timbro e firma dell'impresa)

¹ **N.B.: La mancata COMUNICAZIONE dell'Allegato 7 sospende l'erogazione del contributo da parte della CAE**