

Mod. 8 - RICHIESTA CONTRIBUTO PER INTERVENTI SANITARI

Spett.le Comitato Regionale Paritetico – CRP

-
presso la Cassa Artigiana dell'Edilizia
Via Machiavelli 96/D
09131 – CAGLIARI
E-mail: prestazioni@caesardegna.it
TEL 0704525553

Il sottoscritto per conto dell'Impresa denominata
.....Cod. CAES

CHIEDE

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

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

DICHIARA sotto la propria responsabilità di aver sottoposto a sorveglianza sanitaria i seguenti dipendenti presso lo Studio Medico del Dott.:

COGNOME E NOME	Data visita medica	Data Fattura	N. Fattura

ALLEGA alla presente richiesta la seguente documentazione:

- Documento comprovante l'intervento (es. fattura quietanzata) e nomina medico.

-Termine della presentazione della domanda: entro il trimestre solare successivo alla data in cui si sono svolte le visite mediche.

-Requisiti : il dipendente deve avere almeno 480 ore lavorate (dichiarate presso CAES) tra i 12 mesi precedenti e i 6 mesi successivi alla data della visita.

In fede

_____, ___/___/___

(timbro e firma dell'impresa o intermediario incaricato)

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