



CASSA EDILE CEDATIIEE

Cassa Edile dell'Artigianato e della Piccola e
Media Impresa in Emilia Romagna

Via Maestri Del Lavoro D'Italia, 129 - 47034 Forlimpopoli (FC)

Tel. 0543.745832 - Fax. 0543.745829

E-mail: michelas@cassaer.org - www.cassaer.org

**MODULISTICA E GUIDA
ALLE ASSISTENZE
PER I DIPENDENTI DI
FORLÌ-CESENA E RIMINI**

REGOLAMENTO DELLE ASSISTENZE

ASSISTENZE PER I LAVORATORI DIPENDENTI ISCRITTI IN CASSA EDILE CEDAIIER

La Cedaier eroga diverse tipologie di prestazioni conseguenti dall'accordo locale sottoscritto per le province di Forlì – Cesena e Rimini (a parte c'è l'accordo per le Assistenze dei dipendenti delle Imprese di Piacenza) alle quali, i dipendenti iscritti hanno diritto se in possesso dei requisiti minimi richiesti per l'erogazione delle stesse.

Le Ore utili sono tutte le ore denunciate in Cedaier che godono di copertura salariale (lavorate, festive, ferie, permessi retribuiti, malattia, infortunio, maternità, CIG).

Il periodo da conteggiare per il calcolo delle ore è contenuto nelle singole specifiche di assistenza e, laddove si parli di spese documentate, il periodo si intende a decorrere dalla fine del mese precedente la data evento (fattura) per il numero di mensilità indicato (a titolo di esempio... fattura 04.12.2016 periodo di conteggio delle 600 ore utili va dal 01.08.2016 al 30.11.2016).

Gli importi indicati nelle pagine seguenti si intendono al lordo delle ritenute fiscali obbligatorie nei casi in cui sono previste.

Le domande devono essere presentate complete di tutta la documentazione richiesta (specificata nelle pagine seguenti, per ogni prestazione), nei termini prescritti ed esposte nella modulistica di seguito allegata, la quale dovrà essere compilata con i dati del dipendente (prima facciata) e, nel caso trattasi di domanda per i familiari a carico, con il nome e cognome del familiare e firma e timbro dell'impresa (seconda facciata).

Le domande che perverranno alla CEDAIIER incomplete o non presentate sui modelli appositi, andranno integrate con allegati e moduli corretti.

Le domande non presentate nei tempi indicati dal Regolamento, non saranno prese in considerazione.

Tutte le domande andranno presentate in una data nella quale il dipendente risulti in forza ad impresa iscritta alla Cassa Edile Cedaier e sono fruibili solo se l'Impresa/e, di cui il lavoratore risulta dipendente, abbia/no regolarmente versato tutti i contributi dovuti alla Cedaier, compresi quelli per i periodi pregressi.

Si specifica inoltre che **tutte le prestazioni di tipo sanitario**, nelle quali rientrano:

- a) contributi per protesi acustiche,
- b) contributi per protesi oculistiche,
- c) contributi per protesi ortopediche
- d) contributi per protesi e cure dentarie

Non sono soggette a ritenuta d'acconto, pertanto il rimborso sarà equivalente al 50 % dell'importo della fattura/ricevuta fino al massimale previsto che verrà specificato per ogni tipologia di contributo, nello schema contenuto nelle pagine a seguire.

Per assistenze relative a **PROTESI e CURE** l'integrazione è estesa al coniuge e ai figli fiscalmente a carico ed il contributo è calcolato sull'importo della spesa al netto di eventuali rimborsi percepiti da altro Ente.

Tutte le altre tipologie di prestazioni, non riportate sopra (ovvero "**sociali**"), sono soggette a ritenuta d'acconto che sarà calcolata sul totale della fattura presentata e sottratta dalla stessa.

Gli importi erogati dalla Cassa Edile Cedaier saranno pubblicati sul sito della stessa cassa www.cassaer.org e resi disponibili al lavoratore come CU (Certificazione Unica dei Redditi) che il dipendente potrà presentare, al proprio commercialista o CAAF, in sede di denuncia dei redditi oppure richiedere all'impresa, con la busta paga del mese di dicembre, il relativo conguaglio (in caso di non obbligo di presentazione di Denuncia dei Redditi).

I CONTRIBUTI VERRANNO RICONOSCIUTI SOLO PER FATTURE O RICEVUTE FISCALI SUPERIORI AD € 50,00 CADAUNA E RILASCIATE IN ITALIA.

Le prestazioni verranno erogate al dipendente tre mesi dopo la data dell'evento per il quale è stata presentata la richiesta (previa verifica che il lavoratore risulti in forza al momento di presentazione della domanda).

In caso tale verifica non sia immediatamente disponibile, il pagamento slitterà al mese successivo.

La documentazione può essere presentata tramite Fax al numero 0543.745829 o tramite mail all'indirizzo michelas@cassaer.org

Per qualsiasi domanda o chiarimento, il servizio telefonico è attivo, dal lunedì al giovedì dalle 8,30 alle 13,00 e dalle 14,00 alle 18,00 oppure il venerdì dalle 8,30 alle 13,00 al seguente numero 0543.745832

EDILCARD

Si tratta di un servizio assistenziale che Cedaier offre ai dipendenti iscritti, attivato dal 1° maggio 2008 che permette di ricevere tutta una serie di coperture assicurative connesse al "Fondo Nazionale rimborso spese da infortunio" per il rimborso di spese sanitarie a vario titolo, ticket compresi. L'interessato potrà accedere ai servizi offerti e richiedere le prestazioni previste dalla convenzione che sono qui di seguito riassunte:

- Rimborso spese sanitarie per infortunio professionale o extraprofessionale.
- Indennità per ricovero ospedaliero e per grave invalidità a seguito di infortunio professionale
- Copertura spese per riabilitazione neuromotoria a seguito di infortunio professionale
- Rimborso spese odontoiatriche a seguito di infortunio professionale
- Assegno funerario per decesso a seguito di infortunio professionale

Da compilare in tutte le sue parti:

Il sottoscritto _____ nato il _____

residente a _____ CAP _____ comune _____

via o frazione _____ n. _____ tel./cell. _____
(obbligatorio)

indirizzo mail _____

IBAN* Conto Corrente _____

* E' necessario indicare gli estremi del conto corrente che può essere anche un libretto di deposito postale o bancario

Istituto Bancario _____ Filiale _____

DICHIARANDO di essere a conoscenza del programma di assistenze vigente, **CHIEDE** l'assistenza di seguito segnata:

11	PREMIO PROMOZIONALE DI SETTORE (premio di permanenza giovani)	€.
12	CONTRIBUTO PER FIGLI STUDENTI (barrare con una croce il campo interessato)	<input type="checkbox"/> Scuole medie inferiori e superiori <input type="checkbox"/> Laurea triennale e magistrale €.
13	CONTRIBUTO PER PROTESI ACUSTICHE (barrare con una croce il campo interessato)	<input type="checkbox"/> Lavoratore <input type="checkbox"/> Coniuge a carico fiscale <input type="checkbox"/> Figli a carico fiscale €.
14	CONTRIBUTO PER PROTESI OCULISTICHE (barrare con una croce il campo interessato)	<input type="checkbox"/> Lavoratore <input type="checkbox"/> Coniuge a carico fiscale <input type="checkbox"/> Figli a carico fiscale €.
15	CONTRIBUTO CINTI, CALZE ELASTICHE E SCARPE ORTOPEDICHE NON MUTUALIZZABILI (barrare con una croce il campo interessato)	<input type="checkbox"/> Lavoratore <input type="checkbox"/> Coniuge a carico fiscale <input type="checkbox"/> Figli a carico fiscale €.
16	CONTRIBUTO PER PROTESI E CURE DENTARIE (barrare con una croce il campo interessato)	<input type="checkbox"/> Lavoratore <input type="checkbox"/> Coniuge a carico fiscale <input type="checkbox"/> Figli a carico fiscale €.
17	ASSEGNO PER INVIO FIGLI ALLA COLONIE MARINE E MONTANE, CENTRI ESTIVI URBANI ED EXTRA URBANI, CORSI DI NUOTO, GINNASTICA RIEDUCATIVA, CORRETTIVA E FISIOTERAPICA	€.
18	PREMIO FORFETTARIO A FAVORE DEGLI OPERAI EDILI INVIATI ALLE CURE TERMAL DAGLI ISTITUTI ASSISTENZIALI	€.
19	CONTRIBUTO PER SPESE FUNERARIE PER MORTE DEL LAVORATORE	€.
29	CONTRIBUTO INTERESSI SUL MUTUO PER L'ACQUISTO DELLA PRIMA CASA DI ABITAZIONE	€.
30	CONTRIBUTO PER INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE DI ABITAZIONE DI PROPRIETÀ DEL LAVORATORE CON RICONOSCIMENTO DELLA CLASSE ENEGETICA A	€.

ASSICURA a pena di esclusione, per dodici mesi, dalle provvidenze in programma di non domandato e/o ricevuto assistenza, analoga a quella richiesta, da altre Casse Edili.
ALLEGA i documenti elencati nelle pagine seguenti.

Totale
€.

Data _____

Firma del lavoratore _____

**DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO
SE LA RICHIESTA È PER FAMILIARI A CARICO**

Consapevole delle responsabilità civili e penali, con la presente la sottoscritta impresa dichiara che all'operaio di cui sopra vengono riconosciute le detrazioni fiscali per i seguenti familiari a carico:

1 _____ 4 _____
2 _____ 5 _____
3 _____ 6 _____

Data

Firma e timbro del datore di lavoro

NOTE A CURA DELLA CEDAIIER

ACCOLTA

(Data protocollo _____)

RESPINTA

(Data protocollo _____)

47034 Forlimpopoli (FC)
via Maestri del Lavoro d'Italia, 129
tel. 0543 74.58.32 | fax 0543 74.58.29
e-mail: michelas@cassaer.org
[http: www.cassaer.org](http://www.cassaer.org)
codice fiscale 92043580379
p.iva 04047300407



REQUISITI DEL LAVORATORE	DOCUMENTI DA ALLEGARE	IMPORTI RICONOSCIUTI	TERMINI DI PRESENTAZIONE
--------------------------	-----------------------	----------------------	--------------------------

11 PREMIO PROMOZIONALE DI SETTORE (premio di permanenza giovani)

<ul style="list-style-type: none"> - tre anni continuativi di permanenza nella stessa Impresa, iscritta alla Cassa Edile Cedaier - non aver compiuto il 30° anno di età - essere entrati per la prima volta nel settore edile (esclude qualsiasi tipo di rapporto precedente a quello Cedaier in edilizia) - possedere almeno 1050 ore utili per ognuno dei tre anni 	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia del libretto di lavoro o attestato del Centro per l'Impiego 	400,00 € soggetti a ritenuta di acconto del 23% (il premio verrà erogato un'unica volta nell'arco della permanenza del lavoratore in Cedaier)	entro 12 mesi dalla data di maturazione dei tre anni di permanenza
--	---	--	--

12 CONTRIBUTO PER FIGLI STUDENTI

Suole medie inferiori e superiori (erogato ad inizio febbraio di ogni anno)

<ul style="list-style-type: none"> - 600 ore utili nel periodo da agosto a novembre dell'anno solare in cui si presenta la domanda 	<ul style="list-style-type: none"> - stato di famiglia uso assegni familiari o dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di famiglia (art. 46 DPR 445/2000) - certificato di frequenza ad un istituto scolastico italiano riconosciuto o parificato - dichiarazione del datore di lavoro che il figlio interessato alla domanda è a carico fiscale 	a) 130,00 € per scuole medie inferiori b) 200,00 € per scuole medie superiori gli importi sono soggetti a ritenuta di acconto del 23% Per i ripetenti i premi sono dimezzati	<ul style="list-style-type: none"> - entro il 31 dicembre dell'anno scolastico a cui si riferisce la domanda (es. anno scolastico 2016/2017 entro il 31.12.2016)
---	---	---	---

Laurea triennale e magistrale (erogato entro 3 mesi dalla data di presentazione)

<ul style="list-style-type: none"> - 600 ore utili nei 4 mesi interi precedenti la domanda (esempio domanda del 14.04.2017 i mesi sono dicembre 2016, gennaio, febbraio e marzo 2017) 	<ul style="list-style-type: none"> - stato di famiglia uso assegni familiari o dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di famiglia (art. 46 DPR 445/2000) - voto di laurea - dichiarazione del datore di lavoro che il figlio interessato alla domanda è a carico fiscale 	c) 400,00 € per laurea triennale d) 800,00 € per laurea magistrale con voto uguale a 110 (ridotto di 25 € per ogni voto sino a 101, poi riproporzionato su voto 100 per 550 €) gli importi sono soggetti a ritenuta di acconto del 23% - per gli studenti fuori corso i premi sono dimezzati	<ul style="list-style-type: none"> - 6 mesi dalla data dell'esame di laurea
--	--	---	--

13 CONTRIBUTO PER PROTESI ACUSTICHE

<ul style="list-style-type: none"> - 600 ore utili nei 4 mesi interi precedenti la data fattura/ricevuta 	<ul style="list-style-type: none"> - certificazione medica con diagnosi e prescrizione del tipo di protesi - copia della fattura dalla quale risulti in modo chiaro la spesa sostenuta debitamente contro firmata dall'azienda o dal consulente paghe o dal sindacato che la presenta - dichiarazione del datore di lavoro che il familiare interessato alla domanda è a carico fiscale - stato di famiglia uso assegni familiari o dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di famiglia (art. 46 DPR 445/2000) nel caso la domanda sia per famigliari a carico 	Contributo pari al 50% dell'importo indicato in fattura/ricevuta con un tetto massimo di 350,00 € nell'arco dell'anno (365 gg. dalla prima fattura). Importo non soggetto a ritenuta. L'importo si intende anche per ciascuno dei familiari a carico fiscale (moglie / marito e figli presenti nello stato di famiglia o autodichiarazione).	Entro 90 giorni dalla data della fattura/ricevuta relativa alla spesa sostenuta
---	--	---	---

REQUISITI DEL LAVORATORE	DOCUMENTI DA ALLEGARE	IMPORTI RICONOSCIUTI	TERMINI DI PRESENTAZIONE
--------------------------	-----------------------	----------------------	--------------------------

14 CONTRIBUTO PER PROTESI OCULISTICHE

- 600 ore utili nei 4 mesi interi precedenti la data fattura/ ricevuta	<ul style="list-style-type: none"> - certificazione medica con diagnosi e prescrizione del tipo di protesi - copia della fattura dalla quale risulti in modo chiaro la spesa sostenuta debitamente contro firmata dall'azienda o dal consulente paghe o dal sindacato che la presenta - dichiarazione del datore di lavoro che il familiare interessato alla domanda è a carico fiscale - stato di famiglia uso assegni familiari o dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di famiglia (art. 46 DPR 445/2000) nel caso la domanda sia per famigliari a carico 	Contributo pari al 50% dell'importo indicato in fattura/ ricevuta con un tetto massimo di 150,00 € nell'arco dell'anno (365 gg. dalla prima fattura). Importo non soggetto a ritenuta. L'importo si intende anche per ciascuno dei familiari a carico fiscale (moglie / marito e figli presenti nello stato di famiglia o autodichiarazione).	Entro 90 giorni dalla data della fattura/ricevuta relativa alla spesa sostenuta
--	--	--	---

15 CONTRIBUTO CINTI, CALZE ELASTICHE E SCARPE ORTOPEDICHE NON MUTUALIZZABILI

- 600 ore utili nei 4 mesi interi precedenti la data fattura/ ricevuta	<ul style="list-style-type: none"> - certificazione medica con diagnosi e prescrizione del tipo di protesi - copia della fattura dalla quale risulti in modo chiaro la spesa sostenuta debitamente contro firmata dall'azienda o dal consulente paghe o dal sindacato che la presenta - dichiarazione del datore di lavoro che il familiare interessato alla domanda è a carico fiscale - stato di famiglia uso assegni familiari o dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di famiglia (art. 46 DPR 445/2000) nel caso la domanda sia per famigliari a carico 	Contributo pari al 50% dell'importo indicato in fattura/ ricevuta con un tetto massimo di 400,00 € nell'arco dell'anno (365 gg. dalla prima fattura). Importo non soggetto a ritenuta. L'importo si intende anche per ciascuno dei familiari a carico fiscale (moglie / marito e figli presenti nello stato di famiglia o autodichiarazione).	Entro 90 giorni dalla data della fattura/ricevuta relativa alla spesa sostenuta
--	--	--	---

16 CONTRIBUTO PER PROTESI e CURE DENTARIE

- 600 ore utili nei 4 mesi interi precedenti la data fattura/ ricevuta	<ul style="list-style-type: none"> - certificazione medica con diagnosi e prescrizione del tipo di protesi - copia della fattura dalla quale risulti in modo chiaro la spesa sostenuta debitamente contro firmata dall'azienda o dal consulente paghe o dal sindacato che la presenta - dichiarazione del datore di lavoro che il familiare interessato alla domanda è a carico fiscale - stato di famiglia uso assegni familiari o dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di famiglia (art. 46 DPR 445/2000) nel caso la domanda sia per famigliari a carico 	Contributo pari al 50% dell'importo indicato in fattura/ ricevuta con un tetto massimo di 400,00 € nell'arco dell'anno (365 gg. dalla prima fattura). Importo non soggetto a ritenuta. L'importo si intende anche per ciascuno dei familiari a carico fiscale (moglie / marito e figli presenti nello stato di famiglia o autodichiarazione). Per le fatture rilasciate da un odontotecnico, senza la dichiarazione del medico che conferma la necessità della protesi, l'importo viene dimezzato rispetto al precedente	Entro 90 giorni dalla data della fattura/ricevuta relativa alla spesa sostenuta
--	--	---	---

REQUISITI DEL LAVORATORE	DOCUMENTI DA ALLEGARE	IMPORTI RICONOSCIUTI	TERMINI DI PRESENTAZIONE
--------------------------	-----------------------	----------------------	--------------------------

17 ASSEGNO PER INVIO FIGLI ALLA COLONIE MARINE E MONTANE, CENTRI ESTIVI URBANI ED EXTRA URBANI, CORSI DI NUOTO, GINNASTICA RIEDUCATIVA, CORRETTIVA E FISIOTERAPICA

<ul style="list-style-type: none"> - 600 ore utili nei 4 mesi interi precedenti la data della fattura o ricevuta - figli di età compresa tra i 5 anni compiuti ed i 14 anni e 364 giorni, con un massimo di tre figli per operaio 	<ul style="list-style-type: none"> - copia della fattura/ricevuta della spesa sostenuta debitamente contro firmata dall'azienda o dal consulente paghe o dal sindacato che la presenta - dichiarazione del datore di lavoro o che il familiare interessato alla domanda è a carico fiscale - (per ginnastica rieducativa, correttiva e fisioterapia, le condizioni si applicano anche all'operaio iscritto alla Cedaier) in tutti i casi, è necessario allegare il certificato medico comprovante la necessità di effettuare la terapia, nonché la dichiarazione dell'Ente che ha effettuato la terapia stessa. - stato di famiglia uso assegni familiari o dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di famiglia (art. 46 DPR 445/2000) 	Integrazione pari ad un massimo di 100,00 € soggetti a ritenuta di acconto del 23% Per ogni figlio si intende per anno solare, dal 1 gennaio al 31 dicembre.	Entro il 30 settembre di ogni anno per colonie marine/montane e per centri estivi. Entro 90 giorni dalla data della fattura/ricevuta relativa alla spesa sostenuta per corsi di ginnastica.
---	--	--	--

18 PREMIO FORFETTARIO A FAVORE DEGLI OPERAI EDILI INVIATI ALLE CURE TERMALI DAGLI ISTITUTI ASSISTENZIALI

<ul style="list-style-type: none"> - 600 ore utili nei 4 mesi interi precedenti alla data di inizio delle cure termali 	<ul style="list-style-type: none"> - dichiarazione dell'Ente che ha effettuato la cura con specifica del ticket pagato dal dipendente, del periodo, della durata e del luogo - prescrizione medica con indicazione dell'invio dovuto al carattere "curativo" 	Importo massimo pari al ticket rimasto a carico del lavoratore e soggetto a ritenuta di acconto del 23%	Entro 90 giorni dalla data della fine delle cure termali
---	--	---	--

19 CONTRIBUTO PER SPESE FUNERARIE PER MORTE DEL LAVORATORE

<ul style="list-style-type: none"> - si prescinde da qualunque anzianità - non avere maturato nessuna erogazione di Ape Ordinaria - rapporto di dipendenza da impresa iscritta a Cedaier al momento del decesso 	<ul style="list-style-type: none"> - certificato di morte - stato di famiglia originario - atto notorio attestante l'erede o gli eredi con diritto di successione - codice fiscale degli eredi - numero iban del conto corrente dell'erede o degli eredi 	<ul style="list-style-type: none"> - importo pari a 550,00 € soggetto a ritenuta di acconto del 23% 	Entro 90 giorni dalla data del decesso
--	---	---	--

29 CONTRIBUTO INTERESSI SUL MUTUO PER L'ACQUISTO DELLA PRIMA CASA DI ABITAZIONE

<ul style="list-style-type: none"> - anzianità di iscrizione di almeno due anni (anche non continuativi) in Cedaier - avere almeno 1.000 ore utili nei dodici mesi interi precedenti la data di concessione del mutuo (mantenimento di questa condizione anche nei 12 mesi interi precedenti ogni singola erogazione successiva, dalla 2° alla 5°) 	<ul style="list-style-type: none"> - stipula notarile registrata della concessione del mutuo - dichiarazione da parte dell'Istituto di Credito dell'avvenuta deliberazione di concessione del mutuo, attestante che il credito sia stato concesso per costruzione od acquisto di prima casa, - certificato di costruzione rilasciato dal competente Comune o idonea documentazione attestante l'inizio lavori di ristrutturazione sempre rilasciati dal Comune, - stato di famiglia - certificazione di nullatenenza da parte dell'Ufficio Imposte Dirette competente 	<ul style="list-style-type: none"> - primo anno € 800,00 - secondo anno € 640,00 - terzo anno € 480,00 - quarto anno € 320,00 - quinto anno € 160,00 tutti gli importi sono soggetti a ritenuta di acconto del 23%	entro 180 giorni dalla data di stipula del mutuo
--	--	--	--

30 CONTRIBUTO PER INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE DI ABITAZIONE DI PROPRIETÀ DEL LAVORATORE CON RICONOSCIMENTO DELLA CLASSE ENERGETICA A

<ul style="list-style-type: none"> - portare l'abitazione in cui vive il lavoratore alla classe A con interventi di ristrutturazione - avere almeno 600 ore utili nei 4 mesi interi precedenti la data di presentazione dell'assistenza 	<ul style="list-style-type: none"> - certificato di intervento di ristrutturazione rilasciato dal competente Comune o idonea documentazione attestante l'inizio e la fine dei lavori, - dichiarazione del tecnico competente con attribuzione della classe energetica A 	<ul style="list-style-type: none"> - contributo UNA TANTUM di € 500,00 soggetto a ritenuta di acconto del 23% 	entro 90 giorni dalla data di fine lavori
---	---	---	---

MODELLO per DIPENDENTI NEOASSUNTI o VARIAZIONE DATI

CODICE IMPRESA

RAGIONE SOCIALE IMPRESA

COGNOME E NOME LAVORATORE

CODICE FISCALE LAVORATORE

DATA DI NASCITA

COMUNE / NAZIONE DI NASCITA

DATA ASSUNZIONE

LIVELLO

INDIRIZZO FISCALE DEL DIPENDENTE

COMUNE

CAP

PROVINCIA

INDIRIZZO PER INVIO COMUNICAZIONI - ANCHE PRESSO L'AZIENDA (in questo caso serve la firma del dipendente)

COMUNE

CAP

PROVINCIA

NUMERO DEL TELEFONO CELLULARE

E-MAIL

Prima Assunzione in Edilizia

barrare in caso affermativo

(necessario corso 16 ore)

Dati necessari per l'invio delle spettanze al lavoratore da parte della Cassa:

NOME INTESTATARIO DEL CONTO

BANCA

AGENZIA / SPORTELLO

IBAN CONTO CORRENTE (sempre 27 cifre/lettere in base alle normative)

CONSENSO AI SENSI DELLA LEGGE 196/2003 (di cui viene consegnato estratto al lavoratore)

Il sottoscritto, preso atto e ricevuta copia dell'informativa stampata sul retro del presente modello, ed ai sensi degli art. della legge 196/2003, acconsente:

- al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, che lo riguardano, funzionale alla realizzazione delle finalità di cui al punto 1 da parte della Cassa Edile;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 4 della predetta informativa.

Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data

Nome e Cognome con caratteri leggibili

Firma



ALL. T012 Rev.0 del 06/06/2018

Consenso al trattamento dei dati personali e particolari per familiari dei lavoratori iscritti alla Cassa Edile ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016 - Art. 9 per usufruire delle prestazioni assistenziali

Il sottoscritto _____ (inserire nome e cognome leggibile), codice fiscale _____, preso atto dell'informativa al trattamento dei dati per i lavoratori e loro familiari, della cassa edile, pubblicata sul Sito di CEDAIER, consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "particolari" di cui all'art. 9, par. 1 del Regolamento UE 679/2016 ossia i dati che rilevano il tuo stato di salute. A tal fine, preso atto dell'informativa di cui sopra, nonché preso atto dei diritti, consapevole che in mancanza di consenso risulta oggettivamente impossibile per la Cassa Edile dare corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni esprime il proprio espresso, specifico e libero consenso al trattamento dei propri dati personali, anche di natura particolare, esclusivamente allo scopo di usufruire delle prestazioni assistenziali e dei relativi rimborsi previsti per i familiari dei lavoratori della cassa edile per lo svolgimento delle finalità e con le modalità ivi riportate, nonché autorizza la comunicazione degli stessi ai soggetti indicati nella suddetta informativa.

(data e luogo)

(firma)

ELENCO FAMILIARI

(Cognome e nome del coniuge beneficiario)

(Codice Fiscale)

(firma)

(Cognome e nome del figlio 1 beneficiario)

(Codice Fiscale)

(firma di chi esercita la patria potestà se minorenne)

(Cognome e nome del figlio 2 beneficiario)

(Codice Fiscale)

(firma di chi esercita la patria potestà se minorenne)

(Cognome e nome del figlio 3 beneficiario)

(Codice Fiscale)

(firma di chi esercita la patria potestà se minorenne)

(Cognome e nome del figlio 4 beneficiario)

(Codice Fiscale)

(firma di chi esercita la patria potestà se minorenne)

(Cognome e nome del figlio 5 beneficiario)

(Codice Fiscale)

(firma di chi esercita la patria potestà se minorenne)

Nota Bene:

Tutti i componenti il nucleo familiare devono esprimere la propria volontà con riferimento al consenso al trattamento dei dati personali. Qualora un familiare non esprima detta volontà, la Cassa Edile non potrà dare corso all'erogazione delle prestazioni.