



C.ED.A.M.

Cassa Edile Artigiana e P.M.I. delle Marche

**ALLEGATO 5:
DOMANDA PER CONTRIBUTO PREVENZIONE E VISITE MEDICHE**

Alla Cassa Edile C.ED.A.M.

Via I° Maggio 142/c

60131 ANCONA

Il sottoscritto _____

Nato a _____ **il** ____/____/____ **Residente a** _____ **prov.** _____ **c.a.p.** _____

In via _____ **n. civ.** _____

Titolare / Legale rappresentante della ditta: _____

Iscritta alla Cassa Edile C.ED.A.M. con Codice: _____

CHIEDE

Di poter usufruire del rimborso del 50% delle spese sostenute per:

- ☐ AGGIORNAMENTO DEI SISTEMI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI E/O COLLETTIVI;
- ☐ CONTROLLI SANITARI OBBLIGATORI SUI DIPENDENTI ATTUALMENTE IN FORZA

DATA _____

TIMBRO E FIRMA

Documenti da allegare:

- *Fattura originale comprovante la spesa sostenuta*
- *Copia dell'ultima busta paga dei dipendenti per i quali si è sostenuta la spesa o del libro matricola alla data della presentazione della domanda.*