



## DOMANDA DI CONTRIBUTO

*Per Rimborso: Visite Medico del Lavoro – Prevenzione Luoghi di Lavoro*

Alla Cassa Edile C.ED.A.M.  
Via 1° Maggio 142/c  
60131 ANCONA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n.c. \_\_\_\_\_

Titolare / Legale Rappresentante della ditta: \_\_\_\_\_

Iscritta alla Cassa Edile C.ED.A.M. dal \_\_\_\_\_ con Cod. \_\_\_\_\_ .

### CHIEDE

- Di poter usufruire del parziale rimborso delle spese sostenute per i controlli sanitari obbligatori effettuati dal proprio medico del lavoro su n° \_\_\_\_\_ lavoratori dipendenti attualmente in forza all'azienda.
- Di poter usufruire del parziale rimborso per l'aggiornamento dei sistemi di protezione, individuali o collettivi, al fine di migliorare la prevenzione e la sicurezza sul lavoro.

**Allega alla presente fattura originale comprovante la spesa sostenuta.**

DATA \_\_\_\_\_

TIMBRO e FIRMA

\_\_\_\_\_

#### Documenti da allegare:

- Fattura originale relativa alla spesa sostenuta (verrà rispedita dalla CEDAM a stretto giro).
- Copie delle ultime buste paga dei dipendenti per i quali si è sostenuta la spesa o del libro matricola alla data della compilazione della presente domanda.