MOD. 1

RICHIESTA DELLA PRESTAZIONE GRAVI PATOLOGIE

DOMANDA DEL RICHIEDENTE

Alla Cassa Edile/Edilcassa di: _____

DATI DEL RICHIEDENTE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Luogo e data di nascita_____

Indirizzo di residenza _____

CAP_____Comune_____Provincia_____

Telefono _____ e-mail _____

COORDINATE BANCARIE PER L'ACCREDITO

IBAN _____

Intestato a _____

CHIEDE

☐ il riconoscimento della prestazione straordinaria prevista dal Regolamento in caso di gravi patologie per un importo corrispondente al massimale NASPI previsto dall'INPS come da regolamento[1] per _____ mesi

☐ il riconoscimento dell'importo pari alla relativa contribuzione volontaria che sarà autorizzata e certificata dall'INPS

A TAL FINE DICHIARA

☐ di aver superato o di superare il periodo di comporto in data _____

☐ che intende richiedere l'autorizzazione all'INPS al versamento della contribuzione volontaria relativo ai mesi di cui alla suddetta prestazione[2] e pertanto, a tal fine, presenterà, non appena disponibile, apposita quantificazione certificata dall'INPS

☐ di non aver richiesto la suddetta prestazione ad altra Cassa Edile/Edilcassa

[1] L'importo indennizzato è previsto per un massimo di 6 mesi.

[2] L'erogazione dell'importo del riscatto contributivo sarà effettuata dopo la presentazione dell'autorizzazione da parte dell'INPS al predetto riscatto.

MOD. 1

ALLEGA I SEGUENTI CERTIFICATI

1. Copia autorizzazione dell'impresa all'aspettativa non retribuita concessa al termine del periodo di comporto
2. Documentazione medica comprovante la gravità della patologia
3. Certificato INPS invalidità permanente

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del DPR n. 445/2000, ai fini della richiesta sopra esposta,

DICHIARA

di aver compreso le conseguenze che ne derivano e che le stesse comporteranno la decadenza dei benefici richiesti.

Luogo e data _____ Firma _____

Il richiedente autorizza la Cassa al trattamento dei dati personali *e particolari, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, che sarà effettuato secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa sul trattamento dei dati personali allegata e/o disponibile sul sito della rispettiva Cassa.*

Luogo e data _____ Firma _____

Il richiedente dichiara di essere a conoscenza che le somme erogate dalla Cassa, a titolo di prestazione straordinaria in caso di gravi patologie, possono incidere sulla propria posizione fiscale o reddituale nonché eventuali benefici o agevolazioni riconosciuti da Enti pubblici o privati.

Ogni conseguenza derivante dalla percezione della prestazione, sotto il profilo fiscale o reddituale, resta esclusivamente a carico del beneficiario, con espressa esclusione di qualsiasi responsabilità della Cassa.

Luogo e data _____ Firma _____