

Note (spazio riservato alla Segreteria):

MODULO RICHIESTA SUSSIDI

Io sottoscritto/a _____ C.I.D. _____

Telefono _____

e-mail _____

Dipendente

Pensionato

consapevole delle conseguenze penali e civili per coloro che rendono dichiarazioni false o compiono atti fraudolenti al fine di procurarsi indebitamente dei benefici, sotto la propria responsabilità,

AVANZA DOMANDA DI SUSSIDIO sanitario

Per sé

Per il Coniuge _____

Per ...l.. figli.. _____ Nato il _____

Per ...l.. figli.. _____ Nato il _____

Per altri familiari a carico _____

Nel caso di richiesta di sussidio per i familiari a carico, la sottoscrizione del presente modulo vale anche come dichiarazione, ai sensi dell'art. 12 del D.P.R. 917/86, che il familiare per il quale si richiede il sussidio non percepisce redditi superiori a quelli previsti dalla vigente normativa fiscale.

DATA _____

FIRMA DELL'ASSOCIATO _____
(firma leggibile)

TIMBRO E FIRMA
a cura della Cassa Integrativa FNM

POTRANNO ESSERE ACCOLTE SOLO LE DOMANDE CORREDATE DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PERVENUTE ALLA SEGRETERIA DELLA CASSA INTEGRATIVA FNM NEI TERMINI PREVISTI DAL REGOLAMENTO