

*Modulo di richiesta benefici*



FONDO DI SOLIDARIETA' PER LE FAMIGLIE DEI CADUTI SUL LAVORO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ il gg/mm/aaaa  
Luogo di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Documento d'Identità \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_  
Rilasciato in data gg/mm/aaaa da \_\_\_\_\_  
(Allegare copia del documento d'identità del richiedente e certificato di residenza)

Ai sensi del Regolamento del Fondo di solidarietà per le famiglie dei caduti sul lavoro, approvato dal Consiglio di Amministrazione il 7 dicembre 2011,

chiede

l'erogazione del contributo di solidarietà di cui all'art. 2, lett. a), del sopracitato Regolamento, in qualità di familiare/convivente del/della signor/a

Nome e cognome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ il gg/mm/aaaa  
Luogo di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Dipendente della azienda \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Luogo e data del decesso \_\_\_\_\_ il gg/mm/aaaa  
(Allegare il certificato di morte, certificato di residenza o di stato di famiglia)

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_