

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
