

Modulo sussidio malattia T.B.C.

Spett.le
EDILCASSA DELLA REGIONE SARDEGNA
Viale Trieste, 172

09123 CAGLIARI

Oggetto: Domanda erogazione sussidio malattia T.B.C.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
Residente a _____ in via _____ tel. n. _____
dipendente dall'impresa _____ a partire dal _____ e sino al _____
rivolge domanda al fine di ottenere l'erogazione del sussidio integrativo per malattia T.B.C., essendo rimasto assente
dal lavoro per tale causa dal _____ al _____ .

A tal fine allega i seguenti documenti:

- prospetto liquidazione indennità rilasciato dall'INPS;

Firma del lavoratore

_____, li _____

Nota bene: la presente domanda dovrà pervenire entro e non oltre 120 giorni dalla data di guarigione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- prospetto di liquidazione indennità rilasciato dall'INPS.

NOTA BENE

Ai fini dell'ottenimento della prestazione occorre:

- aver maturato un minimo di 600 ore nei 12 mesi precedenti la data di inizio della malattia;
- essere dipendente di una Impresa iscritta alla Edilcassa ed in regola con gli adempimenti contributivi.