

COD. _____

(spazio riservato alla C.E.T.I.M.A.)

Spett. le **C.E.T.I.M.A.**
via Marinella, 27
91100 TRAPANI

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente in _____ cap _____
via/p.zza _____ nr. _____ tel. _____
indirizzo e mail (obbligatorio) _____

CHIEDE

in base a quanto previsto dall' art. 7 punto h) del C.I.P. 22/05/07, di usufruire della prestazione di
CURE TERMALI (fanghi, massaggi e inalazioni)

Allega la seguente documentazione:

- ***CERTIFICATO del medico curante (leggibile), attestante la patologia e il tipo di cura necessaria (SPECIFICARE: fanghi, massaggi e inalazioni);***
- ***CERTIFICATO attestante di essere alle dipendenze di Impresa iscritta alla Cassa Edile riportante regolare data aggiornata, timbro e firma della stessa.***

Il sottoscritto, in caso di rinuncia della prestazione, AUTORIZZA la C.E.T.I.M.A. a rivalersi sul proprio conto ferie per le spese già sostenute a seguito della domanda.

Sicuro di un benevole accoglimento della presente, si porgono distinti saluti.

DATA

FIRMA