

SPAZIO RISERVATO AGLI UFFICI

Spett. le **C.E.T.I.M.A.**

via Marinella, 27

91100 T R A P A N I

Il sottoscritto			
nato a		il	
residente in		cap	
via/piazza			n.
tel.	E mail:		

CHIEDE

di usufruire della prestazione **CURE TERMALI**

Si allega:

- 1. CERTIFICATO del medico curante, attestante la patologia e il tipo di cura necessaria (specificare se: fanghi, massaggi e inalazioni);***
- 2. 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 alla prestazione, AUTORIZZA la C.E.T.I.M.A. a rivalersi sul proprio conto ferie per le spese già sostenute a seguito della stessa.

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

luogo e data

firma