

SPAZIO RISERVATO AGLI UFFICI

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

via Marinella, 27

**91100 TRAPANI**

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

**CHIEDE**

di usufruire della prestazione **INDENNITA' EXTRA per MALATTIA**

*Si allega:*

- 1. CERTIFICATO attestante di essere alle dipendenze d'Impresa iscritta alla Cassa Edile riportante regolare data aggiornata, timbro e firma della stessa;**
- 2. CERTIFICATO MEDICO (leggibile) comprovante l'avvenuta malattia;**
- 3. COPIA della BUSTA PAGA relativa la mese di riferimento della malattia.**

Sicuro di un benevole accoglimento della presente istanza, ringrazia e porge distinti saluti.

\_\_\_\_\_  
LOUGO E DATA

\_\_\_\_\_  
FIRMA