

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 MALATTIA**

Si allega:

- 1. CERTIFICATO attestante di essere alle dipendenze d'Impresa iscritta alla Cassa Edile Trapanese riportante data aggiornata, timbro e firma della stessa;**
- 2. COPIA CERTIFICATO rilasciato dal MEDICO CURANTE inviato all'INPS.**
- 3. COPIA della BUSTA PAGA relativa al mese di riferimento della malattia.**

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

LUOGO E DATA

FIRMA