

VERRANO RITENUTE VALIDE, PER LA MATURAZIONE DEL REQUISITO, LE ORE DELLE SEGUENTI TIPOLOGIE: ORE LAVORATE, ASSENZA PER MALATTIA, MALATTIA PROFESSIONALE, INFORTUNIO, PERMESSI RETRIBUITI, PERMESSI SINDACALI, LEGGE 104, G.I.C.O. E C.I.G.S.

| <u>Prestazioni</u> | <u>Ore accantonate</u> | <u>Importo</u> | <u>Termine di presentazione della domanda</u> | <u>Documenti da allegare alla domanda</u> | <u>Beneficiario della prestazione</u> | <u>Periodicità</u> |
|--|--|--|--|--|--|---|
| <p>PREMI DI STUDIO PER SCUOLE ---- MEDIE INFERIORI E SUPERIORI</p> <p>Operaio presente almeno nella denuncia di giugno 2017</p> | <p>750 12 MESI PRECEDENTI Il 1/10 dell'anno in corso</p> | <p>DECISO ANNO PER ANNO DALLA COMMISSIONE</p> | <p>31 DICEMBRE DELL'ANNO SCOLASTICO</p> | <p>- ATTESTATO FREQUENZA AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA CERTIFICATO CON I VOTI RIPORTATI RILASCIATO DALLA SCUOLA</p> | <p>FIGLI DEL LAVORATORE A SUO CARICO AI FINI IRPEF</p> | <p>ANNUALE Erogazione assegno : febbraio anno successivo</p> |
| <p>- FREQUENZA UNIVERSITA'</p> <p>Operaio presente almeno nella denuncia di giugno 2017</p> | <p>750 NEI 12 MESI PRECEDENTI Il 1/10 dell'anno in corso</p> | <p>DECISO ANNO PER ANNO DALLA COMMISSIONE</p> | <p>31 DICEMBRE DELL' ANNO SCOLASTICO</p> | <p>AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA - PIANO DI STUDIO CERTIFICATO ESAMI SOSTENUTI ,CON VOTI E CREDITI RIPORTATI, RILASCIATO DALL'UNIVERSITA' - CODICE FISCALE</p> | <p>LAVORATORE STUDENTE - FIGLI LAVORATORE</p> | <p>ANNUALE Erogazione Assegno: febbraio anno successivo</p> |
| <p>- LAUREA</p> | <p>750 NEI 12 MESI PRECEDENTI AL MESE DI CONSEGUIMENTO</p> | <p>DECISO ANNO PER ANNO DALLA COMMISSIONE</p> | <p>31 DICEMBRE DELL' ANNO SCOLASTICO</p> | <p>AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA - CERTIFICATO DI LAUREA, ATTESTANTE IL VOTO CONSEGUITO RILASCIATO DALL'UNIVERSITA' - CODICE FISCALE</p> | <p>LAVORATORE STUDENTE - FIGLI LAVORATORE</p> | <p>ANNUALE Erogazione Assegno: febbraio anno successivo</p> |
| <p>CONTRIBUTO PER LENTI OCULISTICHE CURATIVE</p> <p>CONTRIBUTO PER PROTESI ORTODONTICHE – ORTOPEDICHE– ACUSTICHE</p> <p>Incluse, convenzionalmente, OTTURAZIONI, E CURE ORTODONTICHE</p> | <p>750 NEI 12 MESI PRECEDENTI LA DATA DELLA FATTURA</p> <p>OPPURE</p> <p>1.500 NEI 24 MESI PRECEDENTI</p> | <p>IMPORTO MASSIMO EURO 650,00</p> | <p>90 GIORNI DALLA DATA DELLA FATTURA ORIGINALE</p> | <p>FATTURA/QUIETANZA ORIGINALE</p> | <p>SOLO PER IL LAVORATORE</p> | <p>MASSIMO 650,00 EURO NEL BIENNIO</p> |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|--|---|---|
| ASSEGNO FUNERARIO ALLA FAMIGLIA | 750 NEI 12 MESI PRECEDENTI | DECESSO DEL LAVORATORE O DI FAMILIARE A CARICO 516.46 | 90 GIORNI DALLA DATA DEL DECESSO | AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA CERTIFICATO DI MORTE | EREDI | |
| ASSEGNO A FAVORE DEI PORTATORI DI HANDICAPS | 750 NEI 12 MESI PRECEDENTI | 650.00 EURO | ENTRO IL 31 DICEMBRE | AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA FOTOCOPIA VERBALE COMMISSIONE ASL HANDICAP NON INFERIORE AL 70% | LAVORATORE CONIUGE FIGLIO A CARICO | ANNUALE |
| MATRIMONIO | 750 NEI 12 MESI PRECEDENTI | LAVORATORE 258.23 EURO | 90 GIORNI DALLA DATA DEL MATRIMONIO | CERTIFICATO DI MATRIMONIO | | |
| ASSEGNO DI NATALITA' DIRETTA -ADOZIONE- | 750 ORE NEI 12 MESI PRECEDENTI | €.250 | 90 GIORNI DALLA DATA DI NASCITA O ADOZIONE DI CIASCUN FIGLIO | FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL LAVORATORE CERTIFICATO DI NASCITA O ADOZIONE AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA " | | |
| CARENZA MALATTIA | 1.800 NEL BIENNIO PRECEDENTE | €.90 PER I PRIMI TRE GIORNI E PER UN SOLO EPISODIO NELL'ANNO | 90 GIORNI DALLA DATA DEL PRIMO GIORNO DI MALATTIA | FOTOCOPIA CERTIFICATI MEDICI INPS DATORE DI LAVORO | | UNA SOLA VOLTA NELL'ANNO |

Requisiti di carattere generale, il lavoratore dovrà:

- essere attivo alla data della domanda ed alla data dell'evento (salvo per le borse di studio che dovrà essere presente almeno nella denuncia di giugno 2017).
- essere alle dipendenze di un'impresa iscritta in regola con gli adempimenti di cui al CCNL e dal contratto integrativo provinciale

Prestazioni

Per informazioni rivolgersi:

Telefono: 0965 830014

Telefono: 0965 830015

MARTEDI ORARI DI UFFICIO
GIOVEDI

MAIL : ASSISTENZALAVORATORI@CASSAEDILERC.ORG