EDILCASSA VENETO

CCRL 12 Febbraio 2026
Acc 23 Ottobre 2026

MOD/35

Accertamenti periodici sanitari obbligatori per i dipendenti
MODULO RICHIESTA CONTRIBUTO

DATI ANAGRAFICI AZIENDALI

CODICE FISCALE / P.IVA	RAGIONE SOCIALE	CODICE EDILCASSA

INDIRIZZO	CAP	COMUNE	PROVINCIA

TELEFONO / FAX	E-MAIL

Io sottoscritto _____ in qualità di Rappresentante Legale della ditta

DICHIARO

che l'impresa ha in essere o ha avuto, nell'anno edile 2026/2027, almeno uno dei servizi proposti da Formedil Artigianato e PMI Veneto sotto indicati: (barrare)

- ☐ Consulenza continuativa di durata almeno annuale
- ☐ redazione DVR o integrazione
- ☐ Adozione guida operativa SGSL
- ☐ Valutazione rischi
- ☐ Predisposizione POS
- ☐ Predisposizione PIMUS
- ☐ Servizio visite in cantiere

IN CONSEGUENZA RICHIEDO

l'erogazione del contributo previsto dal CCRL del 12/02/2026 e dall'accordo del 23/10/2026 per il settore edile per n. _____ lavoratori, pari al 50% dei costi sostenuti, con un massimale di € 40 per dipendente (max 5 dipendenti).
Il contributo è calcolato sui costi al netto di IVA. Le domande dovranno essere presentate entro il 30/11/2026, con riferimento alle visite mediche effettuate nell'anno edile 2026/2027.

Codice IBAN

DATI DIPENDENTI SOTTOPOSTI A SORVEGLIANZA SANITARIA

Codice dipendente	Cognome/Nome	Codice Fiscale

IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE CHE LA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI E' FINALIZZATA ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI RICHIESTE AD EDILCASSA VENETO DICHIARANDO DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SULLA PRIVACY INVIANDOCI COPIA FIRMATA SCARICABILE DA QUESTO LINK
SCARICA INFORMATIVA PRIVACY IMPRESE ISCRITTE

LUOGO E DATA	FIRMA
	_____

ALLEGARE COPIA DELLA FATTURA RELATIVA AI COSTI SOSTENUTI PER VISITE MEDICHE/ACCERTAMENTI

formazione@edilcassaveneto.it
EDILCASSA VENETO / VIA VOLTA 38 / 30175 MARGHERA VE / TEL 041930320 / FAX 041930719 / WWW.EDILCASSAVENETO.IT