

Modulo di delega alla riscossione dei familiari

* Il presente modulo deve essere validato presso un ufficio pubblico.

Io sottoscritto/a

(nome e cognome del familiare)

nato/a a

(luogo)

(provincia)

il

(data)

residente a

(luogo)

(provincia)

in Via/Piazza

(indirizzo)

n.º

in qualità di

(grado di parentela con l'operaio deceduto)

con riferimento alla richiesta avanzata per fruire delle assistenze previste nei casi di decesso del lavoratore iscritto,

AUTORIZZO

la Cassa Edile di Mutualità ed Assistenza di Roma e Provincia ad erogare qualsiasi somma accordata a nome di:

(nome e cognome dell'operaio iscritto deceduto)

in favore di:

(nome e cognome del familiare delegato alla riscossione)

sul C/C indicato dallo/a stesso/a di cui è intestatario/a.

DICHIARO

altresì, di rinunciare a far valere pretese di responsabilità e di non intraprendere alcuna azione futura di rivalsa nei confronti della Cassa Edile di Mutualità ed Assistenza di Roma e Provincia.

In fede.

(luogo e data)

(firma)

○ Allegati: Carta di identità - Codice Fiscale