

**Accertamenti periodici sanitari
obbligatori per i dipendenti
MODULO RICHIESTA CONTRIBUTO**

DATI ANAGRAFICI AZIENDALI

CODICE FISCALE / P.IVA		REGIONE 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 2025/2026, 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 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 2025/2026.

Codice IBAN

[illegible]

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
p.c. cmtlavoro@legalmail.it