## EDIL CASSA REGIONALE DI BASILICATA



www.edilcassabasilicata.it e-mail: info@edilcassabasilicata.it e-mail pec: PZ02@postepec.cassaedile.it

Prot.592/2020

Matera 29 aprile 2020.



Spett.

Imprese Iscritte

Associazioni/OOSS e p.c.

Loro sedi

La scrivente cassa in collaborazione con l'Ente Scuola ed il Comitato Paritetico Territoriale interviene per sostenere le imprese ed i lavoratori con misure specifiche di formazione informazione e sicurezza per una corretta e piena applicazione dei protocolli normativi volti a contenere e contrastare la diffusione del contagio da Covid 19 nei luoghi di lavoro.

La consapevolezza dei maggiori oneri posti a carico delle imprese e derivanti dall'acquisto di D.P.I. (mascherine, guanti, gel disinfettanti) ha portato il Comitato Paritetico Territoriale a deliberare il riconoscimento di un contributo di euro 15,00 (una tantum) per ciascun operaio in forza nel mese di marzo/2020.

Tale rimborso avverrà dietro presentazione di richiesta da parte delle imprese iscritte all'Edilcassa, mediante l'utilizzo dell'allegato facsimile da inviare via mail.

L'Ente Scuola Edile con l'ausilio di specifiche figure tecniche sta predisponendo attività di formazione ed informazione, a breve saranno comunicate le varie iniziative che sono in corso di definizione.

Auspicando una pronta e sicura ripresa dei lavori, si coglie l'occasione per cordialmente salutare.

Edil Cassa di Basilicata

C.P.T

Ente Scuola Edile

Egidio De Marco

Mario Bitonto

Rocco Di Giuseppe

Gianfranco Martino

Rocco Giorgio

Valeriano Delicio

Spett.le Edil Cassa di Basilicata

in fo@edil cassaba silicata. it

## RICHIESTA CONTRIBUTO PER D.P.I.

Il sottoscritto	rappr.leg/amm.
dell' Impresa	
codice iscrizione cassa	
	CHIEDE
che gli venga corrisposto il contributo em lavoratore riportato nella denuncia del me	nergenza COVID–19 pari ed euro 15,00 (una tatum) per ciascun ese di marzo 2020  e presentata in Edilcassa.
Vogliate accreditare la somma spettante su	ul seguente codice IBAN:
IBAN(stesso IBAN valido per rimborso ma	alattie/infortuni)
Si allega documento di riconoscimento del	rappresentante legale dell'Impresa
	Timbro e Firma
Spazio riservato all'ente	
lavoratori in forza mese di marzo 20 Domanda evasa con esito	020 N° importo Per l'Edilcassa