

E.BI.T.T.
Fondo Sostegno al Reddito dei dipendenti
Contributo per cure termali e fisioterapia
e ginnastica curativa e/o riabilitativa
Mod. F.S.R. 14.1

Spett.le
Comitato di Gestione E.BI.T.T.
Fondo Sostegno al Reddito

Il/la sottoscritto/a _____ cod. fiscale _____
Nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente in _____ prov. _____ cap _____
alle dipendenze dell'Impresa _____
in regola con i versamenti della quota di adesione prevista dagli Accordi Nazionali e Provinciali
sita in _____ via _____ prov. _____ cap _____
esercitante l'attività di _____ CCNL applicato _____
indirizzo e-mail (opzionale) a cui inviare comunicazioni in merito alla pratica _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso atti falsi, ai sensi art.76 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n.445

chiede

l'erogazione delle provvidenze di competenza E.BI.T.T. Fondo Sostegno al Reddito per il seguente intervento:

- Cure termali**
- Fisioterapia e ginnastica curativa e/o riabilitativa**

Si allega :

- Copia Buste paga dalle quali risulti l'assenza (solo per cure termali)
- Copia Buste paga degli ultimi tre mesi
- Documentazione in originale comprovante le spese sostenute per albergo e cure termali
- Documentazione in originale comprovante le spese sostenute per cure riabilitative
- Copia della prescrizione rilasciata dal medico specialista ASL o dal medico INAIL

Chiede che il contributo stabilito **venga liquidato tramite l'azienda** e pertanto accreditato sulle seguenti coordinate bancarie **relative al proprio datore di lavoro**:

Descrizione Banca.....intestato
IBAN.....

(N.B. - La presente richiesta va inoltrata entro il 60° giorno dalla data di pagamento dell'ultima rata della spesa sostenuta, le ricevute o fatture originali verranno debitamente restituite.)

_____, li _____ Firma del richiedente _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI PARTICOLARI CATEGORIE DI DATI PERSONALI

Io sottoscritto (cognome e nome) _____ dichiaro, ai sensi e per gli effetti del Regolamento 2016/679 GDPR, di aver letto l'informativa presente in forma integrale sul sito www.ebitt.it alla sezione "Servizi per i dipendenti" ed acconsento al trattamento di **particolari categorie** di dati da parte di E.BI.T.T.

Data _____ Firma leggibile _____

(parte riservata alla Commissione Paritetica di E.bi.t.t.)

- Si approva il _____ importo lordo riconosciuto: €.** _____
- Si respinge il _____ (motivo)** _____
- Pratica sospesa il _____ (motivo)** _____

Visto e timbro della Commissione Paritetica