

**E.BI.T.T.**  
**Fondo Sostegno al Reddito dei dipendenti**  
**Contributo per l'assistenza ai figli disabili**  
**Mod. F.S.R. 7.1**

**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 \_\_\_\_\_  
esercente 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:

- Contributo per l'assistenza ai figli disabili.**

**dichiara**

**che il familiare disabile è convivente e fiscalmente a carico del proprio nucleo familiare**

**Si allega :**

- Estratto di nascita con indicazione di maternità e paternità (no autocertificazione)  
 Copia Buste paga degli ultimi tre mesi  
 Copia della certificazione della Commissione Medica attestante l'Invalidità ai sensi della L. 104/92

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 da quando si verifica la situazione prevista per il diritto alla prestazione)**

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_ 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](http://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)** \_\_\_\_\_