

E.BI.T.T.
Fondo Sostegno al Reddito dei dipendenti
Contributo straordinario ai dipendenti in malattia oltre il 180° giorno
Mod. F.S.R. 11.1

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 straordinario ai dipendenti in malattia oltre il 180° giorno**

A tal fine dichiara:

- Di essere in forza con contratto full-time Di essere in forza con contratto part-time (fino a 35 ore/sett)

Si allega :

- Dich. azienda attestante concessione della proroga dell'astensione al lavoro;
 Dich. Azienda attestante il periodo di aspettativa effettivamente utilizzato;
 Copia Buste paga del periodo di malattia;
 Copia Buste paga degli ultimi tre mesi;

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 richiesta va inoltrata entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello al quale la prestazione si riferisce)

_____, 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