

RICHIESTA DI CONTRIBUTO
Fondo Sostegno al Reddito E.B.I.T.T.

Spett.le Comitato di Gestione
E.B.I.T.T.
FONDO SOSTEGNO AL REDDITO
Via Emilia Ovest, 775 – MODENA

L'impresa _____, Sita in _____
Prov. ____ cap _____, Via _____ n. ____ CCNL applicato _____,
con n. ____ dipendenti nella persona del Titolare/Legale Rappresentante _____,
in regola con i versamenti della quota di adesione E.B.I.T.T.,

A seguito del licenziamento del/i dipendente/i per giustificato motivo oggettivo avvenuta il _____,

chiede

l'erogazione delle provvidenze di competenza E.B.I.T.T. Fondo Sostegno al Reddito (Accordo 23/05/08).

A tal fine, la scrivente, dichiara di avere cessato il rapporto di lavoro con il/i seguente/i dipendente/i:

- 1) Sig. _____ Tempo pieno Tempo parziale (orario fino a 35 ore sett.li),
2) Sig. _____ Tempo pieno Tempo parziale (orario fino a 35 ore sett.li),
3) Sig. _____ Tempo pieno Tempo parziale (orario fino a 35 ore sett.li),
4) Sig. _____ Tempo pieno Tempo parziale (orario fino a 35 ore sett.li),
5) Sig. _____ Tempo pieno Tempo parziale (orario fino a 35 ore sett.li),

e che per lo/gli stesso/i non è prevista l'erogazione della N.A..S.p.I..

Chiede

che il contributo stabilito venga accreditato sul c/c dell'azienda intestato a: _____
Descrizione Banca _____ Codice IBAN _____

dichiara

che il contributo è stato erogato al/ai dipendente/i come evidenziato nel/nei prospetto/i paga qui allegato/i.

_____ li _____

L'Azienda

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 le aziende" ed acconsento al trattamento di **particolari categorie** di dati da parte di E.B.I.T.T.

Data _____

Firma leggibile _____