

E.BI.T.T.
Fondo Sostegno al Reddito dei dipendenti
Contributo a sostegno di Maternità e/o Congedi parentali
Mod. F.S.R. 4.1

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:

- Permessi giornalieri per malattia del figlio minore entro gli 8 anni**
- Sussidio "una tantum" per astensione post-facoltativa entro i 3 anni di vita del bambino**
- Indennità giornaliera per congedi parentali non indennizzati dall'INPS**
- Contributo a forfait per un periodo di aspettativa non retribuita**

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.)
- Di aver cessato il rapporto di lavoro in data _____

Si allega : Copia buste paga dalla quali risulti la fruizione dei permessi/congedi non retribuiti
 Copie buste paga degli ultimi tre mesi
 Estratto di nascita con indicazione di maternità e paternità (no autocertificazione)

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, ovvero entro il 30° giorno per richiesta di congedi parentali non indennizzati dall'INPS in caso di intervenuta cessazione del rapporto di lavoro.)

_____, 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