

E.BI.T.T.
Fondo Sostegno al Reddito dei dipendenti
Contributo per prestazioni sanitarie
Mod. F.S.R. 12.1

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
_____ n° _____ 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:

- PER SE PER IL PROPRIO FIGLIO/A MINORE
- Protesi oculistiche relative alle sole lenti (comprese lenti a contatto)**
- Protesi dentistiche (compresi gli apparecchi ortodontici)** **Detartrasi**
- Protesi ortopediche** **Protesi acustiche** **Vaccino antinfluenzale** **Vaccino meningococco**

Si allega :

- Copia Buste paga degli ultimi tre mesi
- Estratto di nascita con indicazione di maternità e paternità (no autocertificazione)
- Documentazione in originale comprovante la spesa (descrizione della spesa) _____

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