

**E.BI.T.T.**  
**Fondo Sostegno al Reddito dei dipendenti**  
**Interventi a sostegno delle terapie "antidipendenze"**  
**(ex art. 2 comma 1, lettera d), punto 1 DM 278/2000)**  
**Mod. F.S.R. 16.1**

**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 \_\_\_\_\_  
esercitante 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 a sostegno delle terapie "antidipendenze"**

**Si allega :**

- Copia Buste paga degli ultimi tre mesi
- Documentazione in originale comprovante la spesa sostenuta
- Dichiarazione dell'azienda attestante la concessione dell'aspettativa non retribuita dal lavoro
- Certificazione di frequenza della terapia "antidipendenze"

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 conclusione della terapia ovvero, se successiva, 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](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)** \_\_\_\_\_

**Visto e timbro della Commissione Paritetica**