

**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](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**