



## DIPENDENTI

Sussidi & Contributi anno in corso

### SUSSIDIO PER DIPENDENTI IN MALATTIA OLTRE IL 180° GG

**Destinatari:** lavoratori a cui si applica il CCNL Commercio, Servizi e il CCNL Turismo, **che facciano richiesta di un periodo di aspettativa non retribuita. L'erogazione è subordinata al valore ISEE del nucleo familiare non superiore ad € 25.000,00.**

**Importo del contributo:** Verrà erogato un sussidio proporzionale al periodo di aspettativa, per un importo giornaliero di € 15, per un massimo di € 1.800,00/anno lordi. I giorni di malattia, fino a 120, sono calcolati da calendario (con esclusione della domenica).

**Termini di presentazione della domanda:** La domanda deve essere consegnata entro 60 giorni dal termine del periodo di proroga agli sportelli dell'Ente Bilaterale Territoriale.

#### Condizioni:

Il presente contributo non sarà erogato nel caso in cui si percepiscano altri sussidi allo stesso titolo

#### Criterio di assegnazione

Il contributo verrà assegnato in base al numero di protocollo e fino ad esaurimento fondo.

### CONDIZIONI GENERALI

- ⇒ Sono beneficiari dei contributi sopra esposti i lavoratori, le cui imprese e gli stessi, risultano in regola con i versamenti agli Enti Bilaterali riferiti ad **almeno 3 mesi (stagionali) / 6 mesi precedenti la richiesta stessa.**
- ⇒ Il contributo verrà materialmente erogato in base alle disponibilità finanziarie fino al limite della somma stanziata. Il contributo verrà assegnato in base al numero di protocollo e fino ad esaurimento fondo.
- ⇒ Le domande dovranno essere completate in ogni loro parte, firmate e complete di allegati richiesti. La firma dovrà essere posta in originale. **Non verranno accettate richieste incomplete. Non verranno inoltre accettate domande che negano il consenso del trattamento dei dati.** In tal caso la pratica non è ricevibile e pertanto verrà respinta.
- ⇒ L'Ente Bilaterale deciderà sulla conformità delle domande sulla base di quanto previsto dal regolamento approvato.

### DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

<input type="checkbox"/>	<b>Dichiarazione dell'azienda attestante la concessione della proroga</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Certificazione medica attestante il periodo di malattia</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Copia Codice Fiscale Intestatario</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Copia ISEE familiare</b> (non deve essere superiore a € 25.000,00)
<input type="checkbox"/>	<b>Copia ultima BUSTA PAGA</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Attestazione bancaria codice IBAN intestatario</b>



# DIPENDENTI

PARTE RISERVATA EBT			
PROTOCOLLO			
DATA RICEV.			
DATA COMMISSIONE			
ESITO	ACCOLTA	RESPINTA	SOSPESA
IMPORTO LIQUIDATO			

**SETTORE DI APPARTENENZA**     **COMMERCIO**     **TURISMO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. (cell.) \_\_\_\_\_ **e-Mail** \_\_\_\_\_

Codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## **PRESENTA LA DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI**

**SUSSIDIO PER DIPENDENTI IN MALATTIA OLTRE IL 180° GIORNO**  
E DICHIARA:

**DI ESSERE DIPENDENTE ASSUNTO CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO / DETERMINATO PRESSO LA DITTA \_\_\_\_\_**

**lavoratori con contratto a tempo determinato: DI AVER LAVORATO ALMENO 3 MESI CON CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO NEI SETTORI**  
 **COMMERCIO**     **TURISMO**

Periodi cumulabili:

DAL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ AL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DITTA \_\_\_\_\_

DAL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ AL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DITTA \_\_\_\_\_

**DI ACCETTARE EVENTUALI CONTROLLI O VERIFICHE DA PARTE DELL' ENTE SULLA REGOLARITA' DEI VERSAMENTI, SUI REQUISITI INDICATI NEL REGOLAMENTO PER L'ASSEGNAZIONE DEL SUSSIDIO E SUI DOCUMENTI RICHIESTI**

**DI AVER LETTO E AUTORIZZATO IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

**DATA** \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

FIRMA

### **MODALITA' DI PAGAMENTO**

Dati richiedente: (nome e cognome/ Ditta) \_\_\_\_\_

**Assegno bancario non trasferibile (da ritirare presso l'ufficio EBT)**

**Bonifico bancario BANCA \_\_\_\_\_**

Intestato a \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

**N.B.** Al fine di velocizzare e snellire l'erogazione del contributo è consigliabile indicare **bonifico**. In caso di assegno è opportuno specificare il numero di telefono o indirizzo E-mail, per la comunicazione della data di riscossione.

**Trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 Regolamento Europeo -  
GDPR 2016/679 sulla protezione dei dati personali**

**MODULO DI CONSENSO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nella mia qualità di interessato al trattamento, letta e compresa l'informativa (vedi [www.ebtsondrio.it](http://www.ebtsondrio.it)), della quale ho preso integrale visione nel complesso ed in ogni sua parte

Presto       NON Presto

il consenso al trattamento dei miei dati personali di natura particolare ex art 9 GDPR (tra cui quelli idonei a rilevare lo stato di salute) secondo quanto e nei limiti stabiliti dalle finalità specificate nell'informativa.

Firma dell'interessato: \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_/\_\_/\_\_

Dichiarazione sostitutiva della  
**CERTIFICAZIONE GENERICA**

---

(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA CHE**

**NON PERCEPISCE ALTRA PRESTAZIONE AL SOSTEGNO DEL REDDITO**

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante  
(per esteso e leggibile)\*

\* La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.