



DIPENDENTI

Sussidi & Contributi anno in corso

FONDO DI RICONVERSIONE O RISTRUTTURAZIONE AZIENDALE

Destinatari: Dipendenti di aziende iscritte all'Ente **in caso di sospensione del rapporto di lavoro dovuto a riconversione o ristrutturazione aziendale. L'erogazione è subordinata al valore ISEE del nucleo familiare non superiore ad € 25.000,00.**

Termini per la richiesta

La domanda deve essere presentata tassativamente **entro 6 mesi dall'evento di riferimento.**

Criterio di assegnazione

Il contributo di € 15 al giorno per un massimo di 30 giorni da calendario, verrà assegnato in base al numero di protocollo, **fino** ad esaurimento fondo ed **al raggiungimento dell'importo massimo di euro 450,00/anno.**

Condizioni:

- a) il presente contributo non sarà erogato nel caso in cui si percepiscano altri sussidi allo stesso titolo
- b) Contributo a dipendenti in caso di **sospensione** del rapporto di lavoro dovuto a riconversione o ristrutturazione aziendale*
- (* destinato a lavoratori assunti con contratto a tempo indeterminato, con contratto di apprendistato e con contratto a tempo determinato, avente durata di almeno 3 mesi)

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 degli 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 restituita.
- ⇒ L'Ente Bilaterale deciderà sulla conformità delle domande sulla base di quanto previsto dal regolamento approvato.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

<input type="checkbox"/>	Dichiarazione dell'Azienda di sospensione del rapporto di lavoro dovuto a riconversione o ristrutturazione aziendale
<input type="checkbox"/>	Copia ISEE familiare (non deve essere superiore a € 25.000,00)
<input type="checkbox"/>	Copia ultima BUSTA PAGA dipendente
<input type="checkbox"/>	Attestazione bancaria codice IBAN intestatario



DIPENDENTI

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

SETTORE DI APPARTENENZA COMMERCIO TURISMO

Il/la sottoscritto/a _____

Dipendente della Ditta _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. (cell.) _____ e-Mail _____

Codice fiscale

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

PRESENTA LA DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI

INTERVENTI DI SOLIDARIETA' AZIENDALE

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/6MESI CON CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO NEI SETTORI

COMMERCIO TURISMO

Periodi cumulabili:

DAL ___/___/___ AL ___/___/___ DITTA _____

DAL ___/___/___ AL ___/___/___ DITTA _____

CHE LA DITTA OVE ASSUNTO HA DICHIARATO LA CRISI IN DATA _____

E DI ESSERE PERTANTO SOSPESO DAL LAVORO DAL GIORNO _____

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

FIRMA

DATA ___/___/20__

MODALITA' DI PAGAMENTO

Dati richiedente: (nome e cognome/ Ditta) _____

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

Bonifico bancario: banca _____

IBAN _____

Intestato a: _____

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), della quale ho preso integrale visione nel complesso ed in ogni sua parte

Presto NON Presto

il consenso al trattamento dei miei dati personali secondo quanto e nei limiti stabiliti dalle finalità specificate nell'informativa.

Firma dell'interessato: _____

Luogo _____ data ___/___/___

**AUTODICHIARAZIONE DI NON PERCEPIRE ALTRO SUSSIDIO ALLO STESSO
TITOLO**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/_____ 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. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di non aver percepito contributi simili da altri Enti pubblici o privati, allo stesso titolo.

Luogo, _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)
