



DIPENDENTI

Sussidi & Contributi anno in corso

CONTRIBUTO CORSI DI RIABILITAZIONE FIGLI DISABILI

Destinatari: lavoratori/lavoratrici di aziende appartenenti ai settori del Terziario e del Turismo, con un ISEE non superiore a € 25.000,00, che abbiano un figlio disabile con invalidità riconosciuta superiore al 45% (L.68/99), **sarà riconosciuto un contributo, pari al 50% delle spese nette** sostenute per i corsi di riabilitazione, **fino ad un massimo di € 500,00.**

Il soggetto disabile non deve esercitare attività lavorativa nell'anno a cui si riferisce il contributo e deve far parte dello stesso stato di famiglia del lavoratore.

Criterio di assegnazione

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

L'erogazione è subordinata al valore ISEE del nucleo familiare non superiore ad € 25.000,00.

Condizioni

Il presente contributo non verrà erogato nel caso in cui si percepiscano altri redditi allo stesso titolo.

CONDIZIONI GENERALI

- ⇒ Sono beneficiari dei contributi sopra esposti i lavoratori che risultano in regola con i versamenti agli Enti Bilaterali, riferiti ad almeno 6 mesi (3 mesi per gli esercizi stagionali) precedenti la richiesta stessa.
- ⇒ Il soggetto disabile deve far parte dello Stato di Famiglia del beneficiario.
- ⇒ Il contributo verrà materialmente erogato in base alle disponibilità finanziarie fino al limite della somma stanziata. Il contributo sarà 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 saranno 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"/>	Certificazione di condizione di disabile (attestato medico)
<input type="checkbox"/>	Fattura/e quietanziate (o fatture/ricevute e bonifico/ci relative al/ai corso/i di riabilitazione effettuato/i)
<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



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

DIPENDENTE

SETTORE DI APPARTENENZA COMMERCIO TURISMO

Il/la sottoscritto/a _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. (cell.) _____ e-Mail _____

Codice fiscale

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

PRESENTA LA DOMANDA E L'ASSEGNAZIONE DI

CONTRIBUTO CORSI DI RIABILITAZIONE FIGLI DISABILI

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

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 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 sopra esposta.

Firma dell'interessato: _____

Luogo _____ data __/__/__

**COMPILAZIONE RISERVATA AL GENITORE (o a colui che ne fa le veci) DEL SOGGETTO
MINORE DI 18 ANNI**

Io sottoscritto _____, dichiaro che il soggetto a favore del quale si fa richiesta del servizio e/o della prestazione sussidiaria o contributiva ha un'età inferiore ad anni 18 e in qualità di genitore /tutore (o di colui che ne fa le veci)

Presto NON Presto

il consenso al trattamento dei dati personali del soggetto minore 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 (vedi www.ebtsondrio.it).

Firma del genitore /tutore (o di colui che ne fa le veci): _____

Luogo _____ data __/__/__

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DI STATO DI FAMIGLIA**

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

(allegare copia Codice Fiscale beneficiario)

Il/la sottoscritto/a

cognome nome

nato/a a (prov.) il

e residente in (prov.),

via n.,

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000),

DICHIARA

che la propria famiglia anagrafica è così composta:

1. Il/la dichiarante

2.

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

3.

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

4.

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

5.

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

6.

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

(segue)

.....
(data)

Il/la dichiarante

(firma per esteso e leggibile)

Esente da autentica di firma e da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000. Può essere presentata ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentono.

N.B.: conformemente a quanto disciplinato dall'art. 13 del Reg. UE 679/2016, si comunica che i dati soprariportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.

**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, per lo stesso titolo, nell'anno per cui si avanza la richiesta

Luogo, _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)
