



DIPENDENTI

Sussidi & Contributi anno in corso

BORSA DI STUDIO PER FREQUENZA UNIVERSITARIA

Destinatari: L'Ente Bilaterale eroga sussidi a favore dei **dipendenti e dei loro figli**, *che abbiano frequentato e sostenuto con esito positivo tutti gli esami del piano di studi riferito al primo anno di corso universitario e che si siano iscritti al secondo*. **L'erogazione è subordinata al valore ISEE del nucleo familiare non superiore ad € 25.000,00.**

Importo del contributo:

L'entità del sussidio erogato sarà pari ad € 700,00.

Periodo di competenza:

Il periodo di competenza riferito all'evento dovrà essere compreso tra il 1 dicembre 2019 ed il 30 novembre 2020.

Termini di presentazione della domanda:

La domanda deve pervenire presso gli sportelli dell'Ente Bilaterale Territoriale **entro 30 novembre 2020** e comunque entro sei mesi dalla data di conclusione del percorso formativo.

CONDIZIONI GENERALI

- ⇒ Le domande verranno valutate entro il 01/03/2021.
- ⇒ Il contributo verrà erogato sino ad esaurimento fondi. Qualora le richieste dovessero superare le somme stanziare si farà ricorso alla valutazione dei meriti; a parità di votazione sarà considerato il valore indicato dall'ISEE/ISE.
- ⇒ Verrà riconosciuta un'unica borsa di studio per candidato.
- ⇒ Sono beneficiari dei contributi sopra esposti i lavoratori, le cui aziende e gli stessi, risultano in regola con i versamenti agli Enti, riferiti ad **almeno 3 mesi (stagionale)/6mesi** precedenti la richiesta stessa
- ⇒ 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"/>	Elenco esami del 1° anno (Piano di Studi) e relativa votazione
<input type="checkbox"/>	Copia iscrizione 2° anno di università
<input type="checkbox"/>	Copia ISEE familiare (non deve essere superiore a € 25.000,00)
<input type="checkbox"/>	Copia ultima BASTA PAGA dipendente



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

BORSA DI STUDIO PER FREQUENZA UNIVERSITARIA

E DICHIARA:

DI ESSERE DIPENDENTE ASSUNTO CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO /DETERMINATO PRESSO LA DITTA _____

CHE IL SIG./SIG.RA o FIGLIO/A _____

NATO/A A _____ IL _____ C.F. _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____

E-mail _____ Tel. _____

SI E' ISCRITTO AL 2° ANNO DI CORSO DI LAUREA DI DURATA TRIENNALE O SUPERIORE PER L'ANNO ACCADEMICO 20__

CHE IL BENEFICIARIO E' IN REGOLA CON GLI ESAMI DEL PRIMO ANNO

lavoratori con contratto a tempo determinato: DI AVER LAVORATO ALMENO 3 MESI (stagionale)/6 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

Assegno bancario non trasferibile

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

MODULO DI CONSENSO DICHIARANTE

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 part

Presto NON Presto

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

Firma del dichiarante: _____

Luogo _____ data ___/___/___

MODULO DI CONSENSO BENEFICIARIO

Io beneficiario/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 part

Presto NON Presto

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

Firma del beneficiario: _____

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

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

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)

.....
(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 beneficiario
(per esteso e leggibile)
