

Sussidi & Contributi

CONTRIBUTO CORSI DI RIABILITAZIONE FIGLI DISABILI - DIPENDENTI (Anno in Corso)

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

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 o essere a carico del lavoratore.

Termini per la richiesta

La domanda deve essere presentata tassativamente **entro 6 mesi dalla data di pagamento delle fatture.**

Criterio di assegnazione

Le domande saranno accolte in ordine cronologico e fino ad esaurimento della risorsa stanziata

CONDIZIONI INDEROGABILI

- ⇒ Sono beneficiari del contributo di cui sopra i lavoratori, le cui aziende e gli stessi, risultino in regola con i versamenti agli Enti Bilaterali, riferiti ad almeno 3 mesi precedenti la richiesta stessa.
- ⇒ Non verranno accettate richieste non compilate totalmente, né prive di allegati, né che negano il consenso del trattamento dei dati. In tal caso la pratica non sarà ricevibile e pertanto verrà restituita.
- ⇒ **Il beneficiario del sussidio/contributo dovrà far parte dello stesso Stato di Famiglia del/della richiedente OPPURE essere fiscalmente a carico**
- ⇒ **Il presente contributo non verrà erogato nel caso in cui si percepiscano altri redditi allo stesso titolo**
- ⇒ Gli Enti Bilaterali decideranno sulla conformità delle domande sulla base di quanto previsto dal regolamento approvato.

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE

| | |
|----|---|
| 1. | Certificazione di condizione di disabile (attestato medico) |
| 2. | Fattura/e quietanziate (o fatture/ricevute e bonifico/ci relativo/ve al/ai corso/i di riabilitazione effettuato/i) |
| 3. | Copia ultima BUSTA PAGA dipendente (riferita ad un periodo di almeno 3 mesi lavorativi) o N. 3 BUSTE PAGA SE STAGIONALE |
| 4. | Copia Codice IBAN intestatario rilasciato dalla Banca |



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

DIPENDENTE

SETTORE DI APPARTENENZA COMMERCIO TURISMO

Il/la sottoscritto/a _____ dipendente della ditta _____, residente a _____ Prov. (____) C.A.P. _____ in Via _____, Tel. _____ E-mail _____

Codice fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PRESENTA LA DOMANDA E L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTO CORSI DI RIABILITAZIONE FIGLI DISABILI E DICHIARA:

(compilare e spuntare)

- Che il proprio figlio/a _____ ha frequentato il/i corso/i di riabilitazione _____
- Di aver sostenuto il costo di € _____
- Di essere dipendente assunto con contratto a tempo indeterminato/ determinato dal _____ al _____
- Che l'azienda di cui è dipendente è regolarmente iscritta all'Ente Bilaterale e versate i contributi da almeno tre mesi precedenti la richiesta stessa.
- Di accettare eventuali controlli/verifiche da parte dell'Ente sulla regolarità dei versamenti e sui requisiti indicati nel regolamento.
- Di aver letto e autorizzato il trattamento dei dati personali e sensibili

FIRMA

DATA ____/____/20__

MODALITA' DI PAGAMENTO

Dati richiedente: (nome e cognome) _____

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 – GDPR 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – l'Ente Bilaterale Territoriale per i Settori del Terziario della Distribuzione e dei Servizi della Provincia di Sondrio (Ebt Com) – C.F. EBT COM 9303240143 e l'Ente Bilaterale Territoriale per il Settore del Turismo (Ebt Tur) - C.F. EBT TUR 93013250142 - in qualità di Titolari del trattamento dei Suoi dati personali, La informano che i dati personali (dati personali comuni ed economici – busta paga) forniti saranno trattati, anche con l'ausilio di strumenti informatici e telematici, per dare esecuzione alla prestazione richiesta di erogazione del contributo relativo a [corsi di riabilitazione per figli disabili](#) ed ai connessi adempimenti di legge, amministrativi e contabili. La base giuridica del trattamento è l'esecuzione di un contratto/di misure precontrattuali e l'adempimento agli obblighi legali.

Con riferimento al trattamento dei dati particolari (art. 9 GDPR – dati relativi alla salute) la base giuridica è il consenso da parte del genitore esercente la responsabilità genitoriale o del tutore legale. Il consenso (ai sensi dell'art. 6 Reg. UE 679/2016) è acquisito mediante dichiarazione resa in calce alla presente informativa.

Il conferimento dei dati è necessario per le finalità indicate, pertanto, l'eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di eseguire quanto richiesto. I dati conferiti non saranno diffusi, saranno trattati solo all'interno dell'UE eventualmente anche da soggetti terzi coinvolti nella gestione contabile e fiscale. La conservazione dei dati è prevista per 10 anni ai fini civilistici. Può consultare l'informativa completa sul sito <http://www.ebtsondrio.it> ed esercitare i diritti che Le sono riconosciuti dagli artt. 15 a 22 del GDPR rivolgendosi ai Titolari del trattamento: l'Ente Bilaterale Territoriale per i Settori del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi (Ebt Com) e/o l'Ente Bilaterale Territoriale per il Settore del Turismo della Provincia di Sondrio (Ebt Tur). Entrambi siti in Via Trieste n. 53 – 23100 Sondrio E-mail: info@ebtsondrio.it.

Si invita a consultare l'informativa completa ai sensi dell'art 13 del Reg. UE 679/2016 al seguente link <https://ebtsondrio.it/wp-content/uploads/2022/02/EBT-COM-Informativa-Privacy.pdf> o <https://ebtsondrio.it/wp-content/uploads/2022/02/EBT-TUR-Informativa-Privacy.pdf>

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali.

li ____/____/_____ Firma _____

COMPILAZIONE RISERVATA AL GENITORE ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE O DEL TUTORE LEGALE DEL 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 esercente la responsabilità genitoriale/tutore legale

Accenso NON Accenso

al trattamento dei dati personali (dati comuni e dati particolari ai sensi dell'art. 9 Reg. UE 679/2016) del soggetto minore secondo quanto e nei limiti stabiliti dalle finalità specificate nell'informativa e precisamente, per la richiesta, valutazione e successiva erogazione del contributo per corsi di riabilitazione offerti dagli Enti.

Ai sensi del Reg.UE 679/2016 è sempre riconosciuto il diritto alla revoca del consenso prestato. E' possibile procedere con la richiesta di revoca del consenso prestato inviando una mail a info@ebtsondrio.it.

li ____/____/_____ Firma _____

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO CIRCA IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER L'INVIO DI INFORMATIVE

L'Informativa relativa alle prestazioni erogate dagli Enti Bilaterali Territoriali del Commercio e del Turismo di Sondrio, è pubblicata sul sito Internet <https://ebtsondrio.it/> e distribuita via e-mail - in automatico e gratuitamente - a quanti fanno richiesta di riceverla compilando la presente. I dati forniti saranno utilizzati con strumenti informatici e telematici al solo fine di dare il servizio richiesto e, per tale ragione, saranno conservati esclusivamente per il periodo in cui lo stesso sarà attivo. La base giuridica di tale trattamento è da rinvenirsi nel consenso da parte dell'interessato.

L'iscrizione alle Informative permetterà di gestire le informazioni e rispondere alle Sue eventuali richieste, anche di cancellazione.

Il sottoscritto _____

ACCONSENTE AL TRATTAMENTO tramite iscrizione del seguente **indirizzo mail** _____

NON ACCONSENTE AL TRATTAMENTO

L'interessato

CANCELLAZIONE DEL SERVIZIO

Per richiedere la cancellazione dal servizio inviare una segnalazione via e-mail a: Ebt Sondrio - info@ebtsondrio.it.

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 e data, _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Il/la Sottoscritto/_____ C.F. _____

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

- che il/la proprio/a figlio/a _____ C.F. _____
appartiene allo stesso stato di famiglia

OPPURE

- che il/la proprio/a figlio/a _____ C.F. _____
è fiscalmente a carico

Luogo e data, _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

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