

Sussidi & Contributi - DIPENDENTI
SUSSIDIO “una tantum” PER DIPENDENTI IN MALATTIA
OLTRE IL 180° GG
(Anno in Corso)

Destinatari: lavoratori a cui si applica il CCNL Commercio, Distribuzione e Servizi o il CCNL Turismo, che facciano richiesta di un periodo di aspettativa non retribuita.

Importo del contributo: Verrà erogato un sussidio proporzionale al periodo di aspettativa non retribuita, per un importo di € 15 giornaliere lorde, per un massimo di € 1.800,00 a evento. 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/inviata tramite e-mail, entro 60 giorni dalla richiesta di Aspettativa.

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 presente contributo non verrà erogato nel caso in cui si percepiscano altri redditi allo stesso titolo
- ⇒ L'Ente Bilaterale deciderà sulla conformità delle domande sulla base di quanto previsto dal regolamento approvato.

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE

1.	Lettera di richiesta all'Azienda di aspettativa non retribuita
2.	Dichiarazione dell'azienda attestante la concessione della stessa
3.	Certificazione medica attestante il periodo di malattia
4.	Copia Codice Fiscale Intestatario
5.	Copia ultima BUSTA PAGA dipendente (riferita ad un periodo di almeno 3 mesi lavorativi) o N. 3 BUSTE PAGA SE STAGIONALI
6.	Copia Codice IBAN intestatario rilasciato dalla Banca



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 _____, residente a
_____ Prov. (____) C.A.P. _____ in Via
_____, Tel. _____ E-mail _____

Codice fiscale

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

**PRESENTA DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI
SUSSIDIO PER DIPENDENTI IN MALATTIA OLTRE IL 180° GIORNO
e **DICHIARA:**
(compilare e spuntare)**

- 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 aver terminato il periodo di comporto (6 mesi)
- 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

DATA ____/____/20__

FIRMA

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 - (ex art.9 GDPR – dati relativi alla salute)

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 forniti (dati personali comuni ed economici – busta paga), saranno trattati anche con l'ausilio di strumenti informatici e telematici, per dare esecuzione alla prestazione richiesta di erogazione del sussidio relativo a Malattia Oltre il 180° giorno e 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 (ex art 9 GDPR – dati relativi alla salute) 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 Email: 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 _____

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI EX ART 9 REG. UE 679/2016

Io sottoscritto _____, ricevuta l'informativa che precede,

Acconsento

NON Acconsento

al trattamento dei dati personali (dati comuni e dati particolari ai sensi dell'art. 9 Reg. UE 679/2016) secondo quanto e nei limiti stabiliti dalle finalità specificate nell'informativa e precisamente, per la richiesta, valutazione ed successiva erogazione del contributo per genitore non autosufficiente, offerto da EBT COM.

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 degli 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.

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.