



PROTOCOLLO N° _____ | 2021

SPETT.LE ENTE BILATERALE PROVINCIALE
DISTRIBUZIONE E SERVIZI
STRADA DELLE MARCHE 58 - 61122 PESARO

OGGETTO: RICHIESTA DI SUSSIDIO 10 - FIGLI DISABILI

Ai lavoratori che abbiano un figlio disabile, sarà riconosciuto un contributo annuo pari ad Euro 400 come rimborso per spese che documentino l'assistenza. - Per i PART-TIME gli importi sono rapportati agli orari.

Tempo Pieno Part Time % ore lavorate

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

Via _____ n° _____ CAP _____

Tel. richiedente _____ Email _____

Cod. IBAN :

I	T																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dipendente della Ditta: _____
sita in _____ Via _____ n° _____

Essendo in regola con il versamento delle quote contributive da almeno 1 anno prima della data della domanda.

CHIEDE

La concessione del sussidio in oggetto e a tal fine allega la seguente documentazione:

- Stato di famiglia
- Certificazione medica della persona disabile rilasciata da Ente Pubblico
- Documentazione della spesa sostenuta per il disabile
- Copia delle ultime tre buste paga

La presente richiesta è stata presentata in data _____

IMPORTANTE:

E' fatto divieto richiedere il rimborso per la stessa fattura contemporaneamente a più Fondi Assistenziali.

Ai fini fiscali, qualora ci siano le condizioni, la detrazione è possibile soltanto per la parte eccedente il sussidio ricevuto.

I documenti che vengono quindi allegati alla presente richiesta di sussidio devono rispettare scrupolosamente quanto sopra specificato.

Firma del dipendente
