



OGGETTO : RICHIESTA DI SUSSIDIO 4 – SALUTE

Nel caso di fruizione del periodo di aspettativa non retribuita per superamento periodo di comparto, ai sensi del CCNL di riferimento, non indennizzata dall'INPS o dall'Azienda, sarà riconosciuto un importo giornaliero pari al 100% della normale retribuzione, per non più di 15 giorni lavorativi, per un massimo di Euro 500,00 (cinquecento/00).

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 documentazione riguardante la relativa richiesta

Allegati:

- Ultima busta paga
- Certificato del Medico curante

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
