



OGGETTO: RICHIESTA DI SUSSIDIO 5 - SPESE PER FIGLI DISABILI - (€ 400,00)

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
