



PROTOCOLLO N° _____ | 2024

SPETT.LE ENTE BILATERALE PROVINCIALE
TURISMO
STRADA DELLE MARCHE 58 - 61122 PESARO

OGGETTO: RICHIESTA DI SUSSIDIO 9 – MALATTIA

Nel caso di fruizione del periodo di aspettativa non retribuita per superamento periodo di comporta, 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. - 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 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
