



OGGETTO : RICHIESTA DI SUSSIDIO 3 – SOSTEGNO PER FIGLI DISABILI

L'Ente per questa prestazione erogherà € 400,00

PER I LAVORATORI **STAGIONALI** GLI IMPORTI SARANNO RAPPORTATI AI MESI DI EFFETTIVO LAVORO

PER I **PART –TIME** 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° _____

CHIEDE in data _____

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

- Certificazione medica della persona disabile rilasciata da Ente Pubblico
- Stato di famiglia
- Copia delle ultime tre buste paga

Firma del dipendente

NORME GENERALI E VINCOLANTI PER ACCEDERE ALLE PRESTAZIONI

- 1) Per beneficiare delle prestazioni sia il lavoratore che l'Azienda devono risultare iscritti all'Ente da almeno sei mesi e versare il contributo dello 0,20% a carico della Ditta e lo 0,20% a carico del lavoratore ed essere in regola al momento della domanda
- 2) Tutte le domande vanno effettuate sull'apposita modulistica fornita dall'ente.
- 3) Alla domanda in relazione alle prestazioni richieste va allegata, prescrizione medica, fattura riferita al sussidio richiesto
- 4) Per il sussidio di maternità, è necessaria la presentazione del certificato che attesti la nascita
- 5) Tutte le domande, pena la decadenza, vanno presentate entro novanta giorni dalla data della spesa o dagli accadimenti che danno diritto al sussidio o al contributo.