

RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER DIPENDENTI - ANNO 2023

Il sottoscritto _____
Codice fiscale _____ Tel. / Cell. _____
Residente in _____ CAP _____
Via _____ n. _____
e-mail _____
Dipendente dell'impresa _____
Con sede in _____ CAP _____
Via _____ n. _____
Partita Iva _____ Tel. _____
PEC _____
e-mail _____
Esercente attività di _____
CCNL Commercio Turismo

CHIEDE IL CONTRIBUTO N. _____ (vedi ALLEGATO)

Si richiede accredito contributo mediante bonifico bancario (*si ricorda che per i contributi n. 1 e 2 va invece allegata la dichiarazione dell'azienda, riportata a pag. 5 della presente modulistica*):

Conto corrente intestato a _____
Banca _____
IBAN _____

Il/La sottoscritto/a dichiara, ai fini dell'erogazione del contributo, che la sottoscrizione del presente modulo costituisce anche dichiarazione di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679. Per prendere visione dell'informativa completa, visitare il sito internet: www.enbil.it

In sede di istruttoria verrà verificata l'iscrizione e l'adeguata contribuzione dell'azienda dell'ultimo trimestre.

Data _____ In fede _____

PARTE RISERVATA ALLA SEGRETERIA DI ENBIL

Data e n. protocollo _____
Data di approvazione _____
Importo approvato _____ Timbro e firma _____

ALLEGATO

Il sottoscritto _____

DICHIARA, ai sensi del DPR 445 del 2000

- di non aver beneficiato di altri contributi ENBIL nel corso dell'anno 2023;
- che il coniuge/convivente (come da stato di famiglia) _____
Codice Fiscale _____ non ha beneficiato del contributo in oggetto nel corso dell'anno 2023 (contributo n. 4, 6, 7).
- di non aver percepito, al momento della richiesta, sussidi e/o agevolazioni della stessa tipologia da altri enti pubblici, privati o dal proprio datore di lavoro (contributo n. 7, 8).

e **ALLEGA**

- copia carta d'identità e codice fiscale;
- copia ultima busta paga;

oltre alla seguente documentazione, selezionando il contributo di interesse:

1. CONTRIBUTO PER INDENNITÀ DI MALATTIA

- copia delle buste paga del periodo di assenza;
- comunicazione coordinate bancarie dell'azienda per accredito contributo Enbil da erogare al dipendente (modulo pag. 5).

2. CONTRIBUTO PER IL SUPERAMENTO DEL PERIODO DI COMPORIO

- copia delle buste paga del periodo di malattia oltre il 180° giorno;
- dichiarazione dell'azienda attestante l'accoglimento della richiesta dell'aspettativa non retribuita.
- comunicazione coordinate bancarie dell'azienda per accredito contributo Enbil da erogare al dipendente (modulo pag. 5).

3. CONTRIBUTO BORSA DI STUDIO

- copia dell'attestato o del diploma.

4. CONTRIBUTO A SOSTEGNO DELLA NATALITÀ

- certificato di nascita / documento attestante l'adozione.

5. CONTRIBUTO ASSISTENZA FAMILIARI NON AUTOSUFFICIENTI

- copia della documentazione, in corso di validità, da cui il lavoratore richiedente risulti beneficiario ai sensi della L.104/1992 art. 3 comma 3 ("grave condizione di non autosufficienza").

6. CONTRIBUTO FREQUENZA ASILO NIDO

- stato di famiglia (è ammessa l'autocertificazione scaricabile insieme al presente modulo);
- copia ISEE 2023;
- certificazione di frequenza all'asilo nido valido per l'anno scolastico in corso.

7. CONTRIBUTO SPESE ACQUISTO LIBRI SCOLASTICI

- stato di famiglia (è ammessa l'autocertificazione scaricabile insieme al presente modulo);
- copia ISEE 2023;
- copia del certificato di iscrizione dei figli frequentanti la scuola secondaria inferiore o superiore, valido per l'anno in corso;
- copia fatture e/o ricevute fiscali attestanti l'acquisto di libri di testo.

8. CONTRIBUTO SPESE TRASPORTO

- stato di famiglia (è ammessa l'autocertificazione scaricabile insieme al presente modulo);
- copia ISEE 2023;
- copia fronte e retro della tessera di abbonamento con indicazione del n. abbonamento e nominativo intestatario (lavoratore richiedente o suo figlio);
- copia delle ricevute di pagamento dell'abbonamento con indicazione del n. abbonamento, nominativo intestatario (lavoratore richiedente o suo figlio), durata dell'abbonamento e della data di pagamento.

Data

In fede

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**(art. 46 D.P.R. 445 dei 28.12.2000)**

La/il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____

in via _____ nr _____ / ___ Int. _____

È consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

È informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 10 della L. 675/96 e

DICHIARA

che la famiglia convivente (dalla data ____ / ____ / ____) è composta come risulta dal seguente prospetto;

nr	cognome e nome	luogo di nascita	data nascita	rapporto parentela
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Luogo lì, _____

La/Il dichiarante

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000);

se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi.

Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000).

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art.74 comma 1 D.P.R. 445/2000).

COMPILARE SOLO PER I CONTRIBUTI 1 e 2
COMUNICAZIONE IBAN AZIENDALE

Il sottoscritto _____

Titolare/legale rappresentante dell'azienda

Con sede in _____

Via _____

Codice fiscale _____

Partita Iva _____

Esercente attività di _____

CCNL Commercio

Turismo

COMUNICA

l'IBAN aziendale _____

per l'accredito del contributo Enbil n. 1 o 2 richiesto dal dipendente

S'IMPEGNA ALTRESÌ

a procedere alla tassazione ordinaria del contributo erogato nel primo cedolino utile e a trasmettere copia di quest'ultimo al presente Ente Bilaterale.

Luogo e data _____

Timbro e firma Titolare / Legale Rappresentante _____

Il/La sottoscritto/a, dichiara che la sottoscrizione del presente modulo costituisce anche dichiarazione di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679. Per prendere visione dell'informativa completa, visitare il sito internet: <http://www.enbil.it>

In fede