ENBIL
Ente Bilaterale Regionale Lombardo per le aziende del terziario:
Commercio, Turismo e Servizi

Spett.le
Ente Bilaterale Regionale Lombardo - ENBIL
Centro di Servizio Territoriale VA - CO
Viale Milano, 16 - 21100 - Varese

RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER DIPENDENTI – ANNO 2026

Il/La sottoscritto/a _____

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 l'accredito del 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

_____

CONFESERCENTI REGIONALE LOMBARDIA
CGIL FILCAMS LOMBARDIA
FISASCAT CISL LOMBARDIA
UILTuCS LOMBARDIA

ENBIL
Ente Bilaterale Regionale Lombardo per le aziende del terziario:
Commercio, Turismo e Servizi

Spett.le
Ente Bilaterale Regionale Lombardo - ENBIL
Centro di Servizio Territoriale VA - CO
Viale Milano, 16 - 21100 - Varese

ALLEGATO

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA, ai sensi del DPR 445 del 2000

- di non aver già beneficiato di altri contributi ENBIL nel corso dell'anno 2026;
- che il coniuge/convivente (come da stato di famiglia) _____ Codice Fiscale _____non ha beneficiato del contributo in oggetto nel corso dell'anno 2026 (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);
- di non aver ricevuto, per le stesse bollette, contributi dal datore di lavoro, né da parte del richiedente né del coniuge/convivente (contributo n. 9);
- che il contributo richiesto cumulato ad altri eventuali fringe benefit ricevuti dal datore di lavoro non supera la soglia di euro 1.000,00 per i dipendenti senza figli a carico o di euro 2.000,00 per i dipendenti con figli a carico (contributo n. 9);

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 COMPORTO**

- 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.

CONFESERCENTI REGIONALE LOMBARDIA · CGIL FILCAMS LOMBARDIA · FISASCAT CISL LOMBARDIA · UILTuCS LOMBARDIA

Spett.le
Ente Bilaterale Regionale Lombardo - ENBIL
Centro di Servizio Territoriale VA - CO
Viale Milano, 16 - 21100 - Varese

☐ **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"). **(visionare FAC-SIMILE scaricabile insieme al presente modulo)**

☐ **6. CONTRIBUTO FREQUENZA ASILO NIDO**

- certificazione figli a carico **(è ammessa l'autocertificazione scaricabile insieme al presente modulo);**
- copia ISEE 2026;
- certificazione di frequenza all'asilo nido valido per l'anno scolastico in corso.

☐ **7. CONTRIBUTO SPESE ACQUISTO LIBRI SCOLASTICI**

- certificazione figli a carico **(è ammessa l'autocertificazione scaricabile insieme al presente modulo);**
- copia ISEE 2026;
- copia del certificato di iscrizione del figlio frequentante la scuola secondaria inferiore o superiore, valido per l'anno in corso;
- Copia delle fatture e/o ricevute fiscali, intestate al richiedente e/o al figlio, comprovanti l'acquisto dei libri di testo.

☐ **8. CONTRIBUTO SPESE TRASPORTO**

- certificazione figli a carico **(è ammessa l'autocertificazione scaricabile insieme al presente modulo);**
- copia ISEE 2026;
- 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.

☐ **9. CONTRIBUTO CARO ENERGIA**

- copia ISEE 2026;
- copia bollette relative alle utenze domestiche di gas e/o elettricità 2026, per un totale non inferiore al valore del contributo richiesto, intestate al richiedente o ad uno dei componenti del nucleo familiare;
- quietanze di pagamento (sono ammessi anche estratti del conto corrente).

Data _____ In fede

_____

AUTOCERTIFICAZIONE FIGLI A CARICO

COMPILARE SOLO PER I CONTRIBUTI 6, 7, 8

Il/La sottoscritto/a _____

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).

Considerando che sono definiti fiscalmente a carico nel 2026:

- Il figlio/la figlia di età superiore a ventiquattro anni se ha un reddito complessivo non superiore a 2.840,51 euro, al lordo degli oneri deducibili
- Il figlio/la figlia di età non superiore a ventiquattro anni se ha un reddito complessivo non superiore a 4.000 euro, al lordo degli oneri deducibili

DICHIARA

che i seguenti figli sono fiscalmente a carico:

nr	cognome e nome	luogo di nascita	data nascita	codice fiscale
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).

ENBIL
Ente Bilaterale Regionale Lombardo per le aziende del terziario:
Commercio, Turismo e Servizi

Spett.le
Ente Bilaterale Regionale Lombardo - ENBIL
Centro di Servizio Territoriale VA - CO
Viale Milano, 16 - 21100 - Varese

COMUNICAZIONE IBAN AZIENDALE

COMPILARE SOLO PER I CONTRIBUTI 1 e 2

Il/La sottoscritto/a _____

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

_____

INPS Agenzia di MAGENTA
Ufficio Prestazioni a Sostegno del reddito
AGENZIA

2° TENTATIVO - RESTITUZIONE CON DISTINTA

RK2

OMISSIS

Altro/i destinatario/i della comunicazione:
****

Al Patronato OMISSIS-*-***** - ******* - SEDE ZONALE OMISSIS

****

Prat. Giorni di permesso mensili - Assistenza a familiari disabili n.*******

OGGETTO: Accoglimento della richiesta di giorni di permesso per assistere disabile (art. 33 comma 3 legge 104/92)

E' stata accolta la domanda, presentata dalla Sig.r/a ******** in data**********, volta ad ottenere il beneficio di cui all'oggetto correlato alle condizioni di handicap in situazione di gravita' per OMISSIS , nel limite massimo complessivo di giorni mensili fruibili alternativamente tra tutti gli aventi diritto.

La validita' del presente provvedimento ha decorrenza dal OMISSIS fino alla conclusione dell'iter sanitario della prevista revisione.

Per quanto sopra, il datore puo' effettuare il conguaglio delle somme anticipate a titolo di indennita' economica per il beneficio di cui all'oggetto.

Ogni eventuale variazione intervenuta rispetto alla situazione certificata in domanda sia per la persona richiedente i benefici che per la persona portatrice di handicap deve essere tempestivamente comunicata a questa sede INPS.

I nostri uffici sono a sua disposizione per qualsiasi chiarimento.

Data: OMISSIS

Il Responsabile
OMISSIS
Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.lgs. n.39 del 1993

Gli **uffici Inps** sono a disposizione per ogni ulteriore informazione; l'elenco completo delle nostre sedi si trova nel sito www.inps.it.
E' inoltre possibile rivolgersi al **Contact center**, chiamando da rete fissa il numero gratuito 803 164 oppure il numero 06 164164 da telefono cellulare, con tariffazione stabilita dal proprio gestore. Un operatore sarà a disposizione per informazioni e notizie dal lunedi' al venerdi' dalle ore 8 alle ore 20 e il sabato dalle ore 8 alle ore 14.
E' infine possibile rivolgersi ad uno degli **Enti di patronato** riconosciuti dalla legge, che fornira' assistenza gratuita.
Per risparmiare tempo ed ottenere le informazioni rapidamente si consiglia di tenere a portata di mano i seguenti dati:
Codice fiscale: OMISSIS
Numero pratica: OMISSIS