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 BG – LC - SO
Via Guido Galli 8 - 24126 - Bergamo
email: bergamo@enbil.it

RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER DIPENDENTI – ANNO 2022

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:

Banca _____

intestato a _____

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 BG – LC - SO
Via Guido Galli 8 - 24126 - Bergamo
email: bergamo@enbil.it

ALLEGATO

Il sottoscritto _____

- 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;

☐ **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.

☐ **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. SUSSIDIO ASSISTENZA FIGLI DIVERSAMENTE ABILI**

- stato di famiglia (è ammessa l'autocertificazione scaricabile insieme al presente modulo);
- certificazione medica del figlio diversamente abile rilasciata da un ente pubblico attestante l'invalidità.

☐ **6. CONTRIBUTO FREQUENZA ASILO NIDO**

- copia ISEE 2022;
- 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 2022;
- 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.

Spett.le
Ente Bilaterale Regionale Lombardo - ENBIL
Centro di Servizio Territoriale BG – LC - SO
Via Guido Galli 8 - 24126 - Bergamo
email: bergamo@enbil.it

☐ **8. CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL CARO ENERGIA**

- stato di famiglia (è ammessa l'autocertificazione scaricabile insieme al presente modulo);
- copia ISEE 2022;
- copia dell'ultima bolletta del 2022 relativa alla fornitura dell'energia elettrica o in alternativa alla fornitura del gas, intestata al richiedente o ad uno dei componenti del nucleo familiare.

Il lavoratore dichiara sotto la propria responsabilità:

- di non aver già beneficiato di altri contributi ENBIL nel corso dell'anno 2022.
- che il coniuge _____

nato a _____

il _____

non ha beneficiato del contributo in oggetto nel corso dell'anno 2022 (contributo n. 4, 5, 6, 7).

- ai sensi del DPR 445 del 2000, che il figlio

_____

diversamente abile non esercita attività lavorativa al momento di presentazione della domanda (contributo n. 5)

- ai sensi del DPR 445 del 2000, di non aver presentato richiesta di rimborso ad altri Enti per la medesima tipologia di contributo (contributo n. 7).

Data _____ In fede

_____

COMPILARE SOLO PER I CONTRIBUTI 5 / 7 / 8

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 dei Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 dei 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 dei 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).