

CONTRIBUTO DI SOSTEGNO AI DIPENDENTI CON FAMILIARI NON AUTOSUFFICIENTI

Il sottoscritto C.F.
 Nato a Prov. il
 Residente in Prov.
 CAP in via
 Tel. Fax e-mail
 in qualità di dipendente a tempo indeterminato a tempo determinato apprendista full-time part-time
 Dell'impresa artigiana non artigiana
 Sita in Cap Prov. Tel.
 Matricola INPS..... n° dip
 CCNL applicato.....
 Forma giuridica:

<input type="checkbox"/> Ditta individuale	<input type="checkbox"/> S.D.F.	<input type="checkbox"/> S.N.C.	<input type="checkbox"/> S.R.L.	<input type="checkbox"/> S.A.S.	<input type="checkbox"/> Altro
--	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

(Compilare in caso di assistenza da parte di professionista/Associazione Artigiana/ Organizzazione Sindacale)

assistito da nella qualità di
 Professionista Associazione Artigiana Organizzazione Sindacale
 con sede in Prov
 via n. CAP
 tel fax..... E - mail.....

timbro del soggetto che fornisce assistenza →
 (solo in caso di Associazione artigiana o Organizzazione Sindacale)

CHIEDE

di accedere al contributo EBAP **DI SOSTEGNO AI DIPENDENTI CON FAMILIARI NON AUTOSUFFICIENTI** per i seguenti parenti con invalidità accertata del 100%.

MOD_DIP 28

inviare a prestazioni@ebapuglia.it

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o comunque non rispondenti al vero:

- che i documenti prodotti in allegato sono conformi agli originali;**
- che alla data di presentazione della domanda nessun altro soggetto ha prodotto, con riferimento al suindicato familiare, istanza di accesso alla medesima prestazione o alla prestazione "sostegno ai dipendenti con figli portatori di handicap" per lo stesso anno.**

N.B.: Prima della compilazione consultare il Regolamento della suddetta prestazione sul sito www.ebapuglia.it, che il richiedente dichiara di accettare.

L'EBAP si riserva di verificare il possesso dei requisiti di ammissione presentati dai richiedenti, adottando i provvedimenti del caso nell'ipotesi di dichiarazioni mendaci.

Qualora la documentazione risulti mancante o incompleta, l'istanza sarà archiviata d'ufficio senza ulteriori comunicazioni ove l'azienda non provveda ad integrarla entro 30 gg dall'invio di apposita richiesta da parte dell'EBAP.

Il regolamento e tutta la relativa modulistica sono consultabili sul sito www.ebapuglia.it

.....i)

(FIRMA)

.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del D.lgs. n 196/03 e del Reg. UE 2016/279, si esprime il consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda e relativi allegati:

- per le finalità necessarie all'erogazione delle prestazioni richieste;
- per la conservazione negli archivi EBAP al fine di verificare il diritto ad usufruire di successive prestazioni;
- per la conservazione negli archivi EBAP per finalità di redazione di studi scientifici e statistici in cui i dati saranno esposti in forma aggregata ed anonima.

Si attesta altresì di aver letto ed accettato l'informativa privacy pubblicata su www.ebapuglia.it, di cui si accettano le condizioni, fermo restando che l'EBAP si impegna alla cancellazione del dato relativo all'handicap del soggetto per cui è richiesta immediatamente dopo l'erogazione della prestazione.

.....i)

(FIRMA)

.....



EBAP PUGLIA - Ente Bilaterale Artigianato Pugliese

Via Re David n.12 - 70125 BARI

TEL. 080.524.8440/080.524.2122 - FAX 080.5720470

E-MAIL ebapuglia@ebapuglia.it PEC ebapuglia@pec.it WEB www.ebapuglia.it

MOD_DIP 28

inviare a prestazioni@ebapuglia.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ex art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il sottoscritto..... C.F.

Nato a Prov. il

Residente in Prov.

CAP in via

Tel. Fax e-mail

consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA CHE

1. nato a..... il
(cognome e nome del familiare)

è proprio parente di 1° in quanto (barrare l'opzione): figlio/a padre madre

è proprio coniuge/convivente more uxorio

2. nato a..... il
(cognome e nome del familiare)

è proprio parente di 1° in quanto (barrare l'opzione): figlio/a padre madre

è proprio coniuge/convivente more uxorio

Luogo e data

In fede



EBAP PUGLIA - Ente Bilaterale Artigianato Pugliese

Via Re David n.12 - 70125 BARI

TEL. 080.524.8440/080.524.2122 - FAX 080.5720470

E-MAIL ebapuglia@ebapuglia.it PEC ebapuglia@pec.it WEB www.ebapuglia.it