

**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](mailto: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](http://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](http://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](http://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](mailto:ebapuglia@ebapuglia.it) PEC [ebapuglia@pec.it](mailto:ebapuglia@pec.it) WEB [www.ebapuglia.it](http://www.ebapuglia.it)

MOD\_DIP 28

inviare a [prestazioni@ebapuglia.it](mailto: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](mailto:ebapuglia@ebapuglia.it) PEC [ebapuglia@pec.it](mailto:ebapuglia@pec.it) WEB [www.ebapuglia.it](http://www.ebapuglia.it)