

Spett.le
**Ente Bilaterale Regionale Lombardo
per le aziende del Terziario:
Commercio, Turismo e Servizi**
Sede di Bergamo
Via Guido Galli, n. 8
24126 – BERGAMO

**SUSSIDIO STRAORDINARIO PER ASPETTATIVA NON RETRIBUITA PER
MALATTIA**

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ C.F. _____ Tel. _____ e.mail _____
Residente in _____ via _____
Dipendente dell'impresa _____
con sede in _____ via _____
p.iva _____ tel. _____
esercitante l'attività di _____ CCNL _____
con sede a _____ via _____
C.A.P. _____ Tel. _____ e.mail _____

DICHIARA

- di essere iscritto ad Enbil da almeno 6 mesi;
- di non aver già beneficiato del contributo in oggetto nel corso dell'anno solare.

CHIEDE

Il pagamento del sussidio straordinario per aspettativa non retribuita per malattia di durata non inferiore ad un mese e non superiore a quattro mesi.

A tale scopo si allega la seguente documentazione:

- certificati medici;
- eventuali documenti giustificativi della malattia;
- copia delle buste paga del periodo di assenza.

L'accredito del contributo avverrà tramite bonifico bancario sulla Banca _____ Agenzia
di _____ c/c n. _____ intestato a _____
IBAN _____

Ai fini dell'erogazione del contributo, la sottoscrizione del presente modulo costituisce dichiarazione di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, nonché consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati nel rispetto dei diritti di cui all'art. 7 della medesima legge.

Firma

Domanda pervenuta in data

L'Ente Bilaterale, verificata la regolarità dei presupposti, liquida al lavoratore/trice l'importo di €

Data _____

Numero protocollo _____

Firma per autorizzazione
