Cod. EBAS ----------

Prot.Pratica (a cura dell'ufficio) _____

Ente Bilaterale Artigianato Sardegna

ebas

Fondo Sostegno al Reddito

Inserire le coordinate bancarie del BENEFICIARIO

Intestatario _____

Banca: _____

Dipendente _____

Cod.Fiscale _____

Indirizzo _____

tel/cell. _____

E-mail _____

Ditta	P.IVA	Cod.Fiscale	
Città	Via	CAP	Prov.
Matricola INPS	Codice statistico contributivo INPS	Codice autorizzazione INPS	
Tel/Cell.	E-mail	PEC	

CCNL Applicato	Scegli	N.dip. in forza

PRESTAZIONI

WELFARE AZIENDALE

Nascita figlio

- Stato di famiglia/ Autocertificazione;
- Dichiarazione altro genitore

Contributo c/interessi

- contratto di finanziamento
- piano di ammortamento
- quietanze pagamento rate interessi;
- autocertificazione coniuge

Acquisto testi scolastici (scuole media inferiore e superiore)

- ricevuta spese;
- elenco testi;
- attestazione ISEE

Frequenza asili nido o scuola materna

- ricevuta spese;
- attestazione ISEE

Spese trasporto scolastico

- ricevuta spese;
- attestazione ISEE;
- certificato iscrizione/ frequenza

FORMAZIONE

Formazione e Agg.to professionale

- ricevuta spese;
- attestato corso

Borsa di studio dipendente

- certificato/diploma;

Borsa di studio figli dipendente

- certificato/diploma
- autocertificazione/ stato di famiglia

Il Titolare/Legale rappresentante dichiara, sotto la propria responsabilità:

- ✓ di avere adempiuto agli obblighi normativi in materia di integrazioni salariali (D. Lgs. 148/2015 e successive disposizioni ministeriali) e/o previsti dal CCNL artigiano applicato e dagli accordi sottoscritti in materia di bilateralità artigiana;
- ✓ di essere a conoscenza che l'Ente, nel caso in cui non fosse in grado di coprire la totalità delle richieste valide, potrebbe liquidare il contributo in misura parziale oppure non liquidare l'intera prestazione;
- ✓ di aver preso visione dell'Informativa scaricabile dalla sezione "Privacy" del sito internet dell'Ente, all'indirizzo www.ebas.sardegna.it, redatta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, e di esprimere il consenso, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. dello stesso Regolamento (UE), al trattamento dei dati personali, secondo le modalità e nei limiti indicati nell'informativa.

Firma Dipendente
(Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, la richiesta di contributo potrà essere inoltrata dallo stesso dipendente)

_____

Firma Titolare/Legale Rappresentante e timbro azienda

_____