

(vedi regolamento)

Intestatario \_\_\_\_\_

Banca: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dipendente \_\_\_\_\_

Cod.Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

tel/cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Cod. EBAS \_\_\_\_\_

Prot.Pratica \_\_\_\_\_

CDP \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Stato Pratica \_\_\_\_\_

Imp. contributo \_\_\_\_\_

Importo rit. \_\_\_\_\_

Imp. da liquidare \_\_\_\_\_

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	N.dip. in forza
----------------	-----------------

**PRESTAZIONI**

WELFARE BILATERALE						FORMAZIONE	
Nascita figlio	Contributo c/interessi	Spese Scolastiche	Frequenza asili nido o scuola materna	Spese trasporto scolastico	Spese trasporto pubblico	Borsa di studio dip/figli dip.	Formazione e aggiornamento professionale
- Stato di famiglia/ Autocertificazione;	- contratto di finanziamento - piano di ammortamento - quietanze pagamento rate interessi; - autocertificazione coniuge	- ricevuta spese; - elenco testi; - attestazione ISEE	- ricevuta spese; - attestazione ISEE	- ricevuta spese; - attestazione ISEE; - certificato iscrizione/ frequenza	- ricevuta spese; - attestazione ISEE	- certificato/diploma - autocertificazione/ stato di famiglia	- attestato corso - ricevuta/fattura

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](http://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 e dovranno essere indicate le coordinate bancarie dello stesso)

Firma Titolare/Legale Rappresentante e timbro azienda

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_