EBA.SIF. VENETO

Via Feltrina, 56/B –31038 Castagnole di PAESE (TV) - C.F. 90163300271
Tel. 0422/540660 Fax 0422/454098 E-mail: ebasif@pec.it

I CAMPI SONO OBBLIGATORI

- ***IL/LA SOTTOSCRITTO/A***

*Cognome*_____*Nome*_____
*Luogo di nascita*_____*Prov.*_____*Data di nascita*_____
*Indirizzo di residenza e nr. civico*_____
*Comune*_____*Cap*_____*Prov.*___*Telefono*_____/_____
*Codice fiscale*_____ *IBAN*_____
e-mail _____

CHIEDE

L'erogazione dell'indennità integrativa extra legem,come previsto dal CCNL - CIRL:

- **ASTENSIONE LAVORATIVA DOVUTA A: (barrare con una x la richiesta d'integrazione)**

☐ MALATTIA ☐ INFORTUNIO ☐ MATERNITA'/PATERNITA'
Effettivamente verificatesi dal_____/_____/_____al _____/_____/_____
dal_____/_____/_____al_____/_____/_____

☐ **RIMBORSO ASILO NIDO** ☐ **RIMBORSO SCUOLA MATERNA** ☐ **RIMBORSO SCUOLA SUPERIORE**

☐ **RIMBORSO UNIVERSITARIO** ☐ **RIMBORSO SPESE SPECIALISTICHE**

IL SOTTOSCRITTO:

DICHIARA

Che per il periodo cui si fa riferimento risulta regolarmente assunto, quale lavoratore dipendente, presso:

Azienda/Ente_____P.IVA_____

Via/piazza_____n.____Comune_____Pr._____Tel._____

Con il seguente contratto di lavoro (barrare con una x la propria posizione lavorativa):

☐ **Operaio a tempo indeterminato (fisso)**
Con la seguente qualifica:
☐ **Comune** ☐ **Specializzato**
☐ **Qualificato** ☐ **Specializzato Super**
☐ **Qualificato Super**

☐ **Operaio a tempo determinato (avventizio)**
☐ **Comune** ☐ **Specializzato**
☐ **Qualificato** ☐ **Specializzato super**
☐ **Qualificato Super**

☐ **Impiegato forestale**
Con la seguente qualifica:
☐ **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6**

ALLEGARE (obbligatorio):

- Busta paga per tutti i dipendenti con riferimento al periodo dell'evento di malattia – infortunio – certificato medico oppure prospetto INAIL;
- Alla domanda di maternità/paternità allegare stato famiglia o autocertificazione, e certificato di nascita e l'ultimo mese di busta paga;
- Alla domanda di contributo scolastico (annuale), per scuola materna, asilo nido, scuola superiore, università, allegare stato famiglia o autocertificazione, certificato di iscrizione all'anno di scuola per cui si chiede l'integrazione; e relative spese a copertura del contributo e l'ultimo mese di busta paga;
- Per contributo su prestazioni specialistiche unire fotocopie delle ricevute/fatture mediche o visite specialistiche e l'ultimo mese di busta paga.

In fede

Data _____/_____/_____ _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO
(Ai sensi dell'art. 23 del D.lgs. 196/03 e art. 15 GDPR UE 2016/679)

Il sottoscritto _____ dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 196/2003 e dell'art.13 del GDPR UE 2016/679 ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dalla citata Legge e Regolamento UE, nei limiti e per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Data, _____ Firma, _____