

RISERVATO SPORTELLO

Prot. Domanda	Data Domanda
Sportello Gestione	Creazione Modulo



La domanda di contributo **va consegnata** agli Sportelli Ebav presso le OO.SS.

CGIL **CISL** **UIL**

Contributo erogato previa verifica di:

- Requisiti previsti in Scheda Servizio
- Regolarità contributiva richiedente
- Disponibilità Risorse/Fondi dedicati al Servizio

RICHIESTA DI CONTRIBUTO - DATI ANAGRAFICI DIPENDENTE

Richiesta di contributo del sottoscritto:

Codice Fiscale	Cognome	Nome	
Indirizzo	C.A.P.	Comune	Provincia
AZIENDA: Ragione Sociale	Codice Fiscale/Partita Iva		Matricola INPS
Contratto Artigiano	% Part-Time	Data assunzione	Data licenziamento

Desidero ricevere notifiche/informazioni tramite:

sms e-mail PEC Posta ordinaria

Desidero ricevere documentazione/certificazioni tramite:

COORDINATE BANCARIE DIPENDENTE RICHIEDENTE PER ACCREDITO SU C/C

Codice IBAN

Codice Nazione	CIN Internazionale	CIN	ABI	CAB	Conto Corrente
----------------	--------------------	-----	-----	-----	----------------

DICHIARAZIONI PER SPESE/EVENTI ANNO

Figlio per il quale si richiede il contributo:

Cognome	Nome
Nato a	Data di nascita

Descrizione della patologia gravemente invalidante: _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

il sottoscritto _____ C.I. n° _____ valida fino al _____
 consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,
 DICHIARA che i figli nel nucleo familiare sono:

Nome Cognome	Codice Fiscale	Nome Cognome	Codice Fiscale
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DOCUMENTI OBBLIGATORI PER L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

- Documentazione Inps: Verbale sanitario contenente il giudizio definitivo espresso dall'Inps sull'accertamento dell'invalidità civile, cecità cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità o ultimo Verbale di revisione/verifica (NB: Si può ottenere la documentazione attraverso il sito internet www.inps.it utilizzando l'accesso PIN o presso un Ente di patronato)

Delego lo SPORTELLO EBAV prescelto allo svolgimento delle attività di propria competenza per l'espletamento della domanda

Autorizzo ad utilizzare i dati forniti per il procedimento in corso (D.Lgs 30/06/03 n.196: CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI)

DATA FIRMA : _____

FIRMA DEL DIPENDENTE : _____



Elenco indicativo e suscettibile a variazioni: verificare nel Catalogo online, o presso gli Sportelli Ebav, i Servizi attivi

www.ebav.it

31 Marzo

- D20** Premio formazione giovani apprendisti
- D10d** Protesi dentarie
- D10V** Protesi oculistiche
- D10p** Protesi ortopediche
- D10a** Protesi acustiche
- D53** Sussidio scolastico
- D63** Sussidio scuola
- D54** Spese sanitarie non previste dal SSN
- D62** Acquisto e ristrutturazione prima casa

31 Maggio

- D22** Borsa studio per figli dipendenti
- D70** Iscrizione sani in famiglia
- D52** Formazione lavoratori immigrati

30 Giugno

- D12** Consolidamento della professionalità
- D82** Abbattimento barriere architettoniche
- D83** Spese per trasporto scolastico
- D17** Formazione individuale dipendenti
- D81** Multe per infrazione c.d.s.
- D85** Spese funerarie dipendente

31 Luglio

- D11f** Sussidi assistenziali Figli a carico

31 Dicembre

- D06** FSBA Sospensione/Riduzione Lavoro
- D11m** Sussidi assistenziali Maternità
- D55** Figli minori con patologie invalidanti

! Variabile

- Scadenza collegata a evento specifico
- D01** Calamità naturali dipendente
 - D07** Sospensione dal lavoro a seguito di ritiro patente
 - D51** Sostegno al reddito per i lavoratori licenziati
 - D61** Apprendistato per la qualifica e il diploma professionale
 - D84** Perdita mansione autista dipendente

