ENTE BILATERALE DEL TERZIARIO TRENTINO
Tel. 0461/420180 – Fax 0461/422693
e-mail: info@ebter.tn.it - http://www.ebter.tn.it

Spettabile
Ente Bilaterale del Terziario
Corso Buonarroti, 55
38122 TRENTO

Invio documentazione a sussidi@ebter.tn.it

Oggetto: **Sussidio per assistenza ai/alle familiari per gravi motivi**

Io sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. _____ Data di nascita _____
Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | Sesso M ○ F ○
Residente a _____ Via _____ n. _____
C.A.P. _____ Prov. _____ Mail. _____ Cell. _____
Per il versamento del contributo indicare il proprio codice bancario IBAN (27 caratteri)
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Intestato a _____
Lavora presso l'Azienda _____
Partita IVA _____ Codice fiscale azienda _____
Operante nel settore: ○ dettaglio ○ ingrosso ○ servizi
Sede ditta _____ Via _____ n. ____ C.A.P. _____ Prov. _____
Sede operativa-lavorativa del/della richiedente _____ Prov. _____
Assunto/a con la mansione di _____

chiede

a codesto spett. Ente il pagamento del **sussidio per assistenza ai/alle familiari per gravi motivi** (riferimento art. 4, comma 2, legge 53, del 2000 – art. 2, comma 1, lettera d), Decreto 21 luglio 2000 n.278).

A tale scopo allega la seguente documentazione:

a) autocertificazione di stato di famiglia per conviventi (verranno effettuati i controlli presso le istituzioni competenti);
b) dichiarazione del grado di parentela o altro;
c) accettazione da parte dell'azienda della domanda di concessione dell'aspettativa non retribuita, con il riferimento all' art. 4, comma 2, legge 53 del 2000 – art. 2, comma 1, lettera d), Decreto 21 luglio 2000 n.278 (timbro e firma dell'azienda che conferma esplicitamente di aver ricevuto la documentazione idonea nel rispetto della norma di legge);
d) buste paga del periodo di aspettativa richiesto;
e) dichiarazione del/della datore/datrice di lavoro attestante il versamento delle quote all'Ente riferite al/alla richiedente del sussidio (indicare data inizio versamenti) o copia delle ultime tre buste paga antecedenti l'aspettativa.

Mi impegno a comunicare immediatamente a E.B.Ter. qualsiasi cambiamento delle circostanze che hanno portato alla richiesta dell'aspettativa non retribuita (p.es. guarigione dell'assistito/a).

Data _____ Firma _____

Informativa sulla Privacy

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di:

- aver letto l'informativa contenuta nella Privacy Policy, presente sul nostro sito al link https://ebter.tn.it/privacypolicy/;
- di comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle informazioni personali rilasciate in occasione della presente richiesta.

Data _____ Firma _____

Consenso Servizio di newsletter

○ Autorizzo ○ Non autorizzo

E.B.Ter. ad inviare periodicamente la newsletter tramite il contatto mail e telefonico per ricevere in anteprima informazioni sui nostri servizi ed attività.

Data _____ Firma _____

NOTA: Si ricorda che l'erogazione costituisce reddito a tutti gli effetti.