

MODALITA' DI RICHIESTA PRESTAZIONE

- ✓ Lavoratore = Contributo giornaliero forfettario, in caso di assenze non retribuite dal datore di lavoro di € 50,00 erogato alle lavoratrici dipendenti madri e ai lavoratori dipendenti padri che si assentano dal lavoro a causa della malattia dei figli, di età pari o inferiore a 3 anni o per assistere famigliari anziani di primo grado per ricoveri ospedalieri, per un massimo di 3 (tre) giorni;
- ✓ Il servizio può essere richiesto anche più volte all'anno nel limite delle 3 giornate e comunque nel limite annuale erogabile di € 150,00 previsto per tutte le prestazioni
- ✓ La richiesta deve avvenire entro 60 (sessanta) giorni dal periodo di assenza dal lavoro.
- ✓ Le richieste vanno presentate con il modulo presente nella pagina seguente tramite e-mail o Posta Elettronica Certificata, compilata in ogni sua parte e allegando tutta la documentazione richiesta da ciascun servizio, ad uno dei seguenti recapiti:
 - via e-mail agli indirizzi: info@ebinpmi.it
 - via PEC all'indirizzo: ebinpmi@pec.it
- ✓ In caso di richiesta documentazione aggiuntiva od integrativa da parte dell'EBIN.PMI, il richiedente ha tempo 30 giorni per integrare quanto richiesto prima che venga respinta la prestazione.

Prot.
Del
Importo €

Richiesta CONTRIBUTO MALATTIA FIGLIO/A - ANZIANI 1°GRADO**(a) DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE**

Cognome..... Nome.....
Nato/a a..... (.....) il..... C.F.
Indirizzo..... CAP..... Comune(.....)
CCNL..... Qualifica..... Livello.....
Cellulare E-mail.....

(b) DATI ANAGRAFICI AZIENDA

Ragione Sociale.....
Partita IVA..... Codice Fiscale.....
Indirizzo..... CAP..... Comune(.....)
Telefono..... FAX..... E-mail.....
Referente Aziendale Settore/Attività.....

(c) DATI ANAGRAFICI FIGLIO/A – ANZIANI 1° GRADO

Cognome..... Nome.....
Nato/a a..... (.....) il..... C.F.

Documenti allegati:

- Documento di identità del richiedente (copia) Stato di famiglia o attestazione di paternità/maternità
 Certificato di malattia del figlio o del ricovero ospedaliero Attestazione di assenza dal lavoro
 Dichiarazione dell'Impresa che certifi che il lavoratore sia dipendente (Lavoratore) Visura Camerale (Datore di Lavoro)

Il sottoscritto, di cui al punto (a), appartenente all'azienda di cui al punto (b), essendo a conoscenza delle modalità di erogazione del contributo, dichiara di essersi assentato dal lavoro per giorni n° _____ per assistere il proprio figlio ammalato come da certificato allegato, o un parente anziano di 1° grado per ricovero ospedaliero.

Data.....

Firma.....

Desidero ricevere il versamento tramite bonifico bancario al c/c:

Banca

Agenzia

CODICE IBAN (composto da 27 caratteri alfanumerici)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il sottoscritto, ricevuta l'informativa di cui al Reg Eu. 2016/679 esprime il consenso al trattamento dei dati all'EBIN.PMI per le finalità istituzionali, connesse o strumentali dell'Ente nonché alla comunicazione dei miei dati personali nei limiti previsti dalla citata informativa e quando ciò sia funzionale all'esecuzione delle operazioni e dei servizi offerti.

- Desidero ricevere informazioni sui servizi e sulle attività di **EBIN.PMI** SI NO

Firma.....