

**CONTRIBUTO DI SOSTEGNO AI DIPENDENTI
CON FIGLI MINORI DIVERSAMENTE ABILI**

Il/la sottoscritto _____ C.F. _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____ CAP _____

in via _____ Tel. _____

Indirizzo mail da utilizzare per l'invio della certificazione CU _____

in qualità di dipendente a tempo indeterminato a tempo determinato apprendista full-time part-time

dell'impresa artigiana _____

sita in _____ Cap _____ Prov. _____

Tel. _____

Matricola INPS _____

CCNL applicato _____ CSC _____

Forma giuridica:

<input type="checkbox"/> Ditta individuale	<input type="checkbox"/> S.D.F.	<input type="checkbox"/> S.N.C.	<input type="checkbox"/> S.R.L.	<input type="checkbox"/> S.A.S.	<input type="checkbox"/> Altro
---	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

(facoltativo) assistito da _____ nella qualità di

Professionista Associazione Artigiana Organizzazione Sindacale

con sede in _____ Prov _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel _____

E – mail _____

timbro del soggetto che fornisce assistenza →

(solo in caso di Associazione artigiana o Organizzazione Sindacale)

Il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o comunque non rispondenti al vero:

- che i documenti prodotti in allegato sono conformi agli originali;*
- che, alla data di presentazione della domanda, nessun altro soggetto avente diritto (es. altro genitore) ha prodotto istanza di accesso alla medesima prestazione per il medesimo minore;*

N.B.: Prima della compilazione consultare il Regolamento della suddetta prestazione sul sito www.ebrartabruzzo.it che il richiedente dichiara di accettare.

L'EBRART si riserva di verificare il possesso dei requisiti di ammissione presentati dai richiedenti, adottando i provvedimenti del caso nell'ipotesi di dichiarazioni mendaci.

Qualora la documentazione risulti mancante o incompleta, l'istanza sarà archiviata d'ufficio senza ulteriori comunicazioni ove il richiedente non provveda ad integrarla entro 30 gg dall'invio di apposita richiesta da parte dell'EBRART.

Il regolamento e tutta la relativa modulistica sono consultabili sul sito www.ebrartabruzzo.it

_____ ì _____

(FIRMA)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Ai sensi della vigente normativa sulla privacy.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il _____, residente in
_____ alla via _____ n.
_____, C.F. _____

dichiara di aver letto e compreso l'informativa resa disponibile dal Titolare sul sito www.ebrartabruzzo.it e di prestare espressamente, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali da parte dell'EBRART ABRUZZO (Titolare del trattamento) per le seguenti finalità:

CONSENSO ALLA RACCOLTA DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONE REGIONALE. Tale consenso è indispensabile per l'accoglimento della domanda e il perseguimento degli scopi istituzionali dell'associazione. SI NO

CONSENSO PER L'EROGAZIONE DI ASSISTENZA/SUPPORTO. La prestazione del consenso per le seguenti finalità è facoltativo e non è indispensabile per rendere assistenza/supporto. SI NO

CONSENSO PER L'INVIO DI COMUNICAZIONI SULLE PRESTAZIONI/SERVIZI DELL'EBRART ABRUZZO E DEI SOGGETTI COLLEGATI AL SISTEMA DELLA BILATERALITÀ. La prestazione del consenso per le seguenti finalità è facoltativo e non è indispensabile per l'accoglimento della domanda di prestazione. SI NO

_____.li _____

(FIRMA)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ex art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445
(da barrare e compilare solo in alternativa rispetto all'allegazione del certificato stato di famiglia)

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____ CAP _____

In via _____ Tel. _____

e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA CHE

la propria famiglia è così composta:

1. _____ nato a _____
(cognome e nome del familiare)

Il _____ stato _____

2. _____ nato a _____
(cognome e nome del familiare)

Il _____ stato _____

3. _____ nato a _____
(cognome e nome del familiare)

Il _____ stato _____

4. _____ nato a _____
(cognome e nome del familiare)

Il _____ stato _____

Si allega copia documento di identità valido del dichiarante

Luogo e data

In fede
