ENBIT
Ente Bilaterale Turismo
Commercio e Servizi del Trentino

Intervento straordinario per malattia/infortunio oltre il 180° giorno

(a) DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Cognome **Nome** **C.F.**

Indirizzo **CAP** **Comune** **( )**

Tel/Cell **e-mail** **Qualifica**

(b) DATI ANAGRAFICI AZIENDA

Ragione Sociale

Partita IVA **Codice Fiscale**

Indirizzo **CAP** **Comune** **( )**

Tel/Cell **e-mail**

Periodo d'aspettativa/astensione a decorrere dal …… esaurito il…….…… periodo di comporto (180 gg. di malattia)

Documenti allegati (copie):

- ❑ **Documento di identità del richiedente (copia)**
- ❑ **Dichiarazione dell'azienda attestante la concessione della proroga dell'astensione dal lavoro e la quantità in giorni di calendario del periodo di aspettativa utilizzato**
- ❑ **Autocertificazione del/la richiedente che nel periodo di astensione dal lavoro non ha percepito erogazione d'indennità da parte di qualsiasi Ente**
- ❑ **Buste paga relative al periodo di malattia/infortunio**

La/il sottoscritta/o, di cui al punto (a), appartenente all'azienda di cui al punto (b), essendo a conoscenza del regolamento dei servizi EN.BI.T. allega documentazione e richiede il contributo come indicato nel regolamento dell'ente.

NOTA: si ricorda che l'erogazione (una sola all'anno) costituisce reddito a tutti gli effetti.

Data _____ Firma _____

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

Banca **Agenzia**

CODICE IBAN (composto da 27 caratteri alfanumerici)

Informativa Privacy

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 6, 7, 12, 13 del Reg. UE 2016/679 – GDPR, dichiaro di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali sul sito www.enbit.tn.it

In merito al trattamento dei dati per la finalità f) "invio Newsletter"

☐ Acconsento a ricevere la Newsletter ☐ NON acconsento a ricevere la Newsletter

Firma _____

ENBIT
Ente Bilaterale Turismo
Commercio e Servizi del Trentino

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(articolo 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

La/Il sottoscritta/o _____, nata/o il_____

a _____residente a _____

in Via _____ n. _____

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, contenenti dati non più rispondenti a verità

DICHIARA

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Luogo, data

Dichiarante _____
(firma per esteso e leggibile)

Modalità di presentazione (art. 38 D.p.r. 445/2000)
La presente dichiarazione può essere:
a) firmata in presenza del dipendente addetto a riceverla
b) sottoscritta e trasmessa via posta, fax o via telematica unitamente a copia non autenticata di un documento di identità dichiarante.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.