

Tel. 031/3390015 Fax 031/592464 e-mail: info@ebatagricolturacomolecco.it Pec: ebat.comolecco@pec.it

SOSTEGNO IN CASO DI MALATTIA OLTRE IL 180° GIORNO

Residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

Telefono/cellulare _____ mail _____

IN QUALITÀ DI DIPENDENTE DELLA DITTA/SOCIETÀ

Ragione sociale (denominazione) _____

Con sede legale in _____ Prov. _____

Codice fiscale _____ P. IVA. _____

Via _____ n. _____

Telefono _____ mail _____

Consapevole, nel caso di dichiarazioni mendaci come previsto dall'articolo 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000, che sarà punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

- ☐ di essere stato/a licenziato/a il _____ per superamento periodo di comportamento e di non ricevere alcun sostegno
- ☐ che in busta paga è stata regolarmente ritenuta la quota di C.A.C. ed EBAT art. 18, 19 del C.P.L.
- ☐ che la propria malattia non rientra tra quelle previste da intervento EBAN
- ☐ che non percepisco alcun reddito da lavoro dipendente
- ☐ di essere a conoscenza che l'indennità economica erogata dall'Ente implementa il reddito complessivo, pertanto la base imponibile è assoggettata a tassazione. Chiedo quindi, a codesto Ente, che venga applicata la seguente aliquota IRPEF sull'importo del contributo da me richiesto (in assenza di scelta verrà applicata la tassazione minima vigente al momento dell'erogazione del contributo)
- ☐ Minima di legge% ☐ altro%

CHIEDE

l'erogazione della provvidenza così come previsto dal Regolamento EBAT sul seguente IBAN:

[illegible]

BANCA

INTESTATARIO DEL CONTO

A tal fine si allega:

- ☐ carta d'identità
- ☐ lettera di licenziamento e/o aspettativa non retribuita
- ☐ documentazione attestante lo stato di malattia oltre il 180° giorno
- ☐ ultima busta paga

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

Il sottoscritto/a _____ acquisite le informazioni, ai sensi del Reg. UE n. 679/2016 e del D.Lgs 196/2003, sull'utilizzo dei dati personali, ☐ **ACCONSENTE** ☐ **NON ACCONSENTE** al trattamento dei dati personali per le esclusive finalità contenute nel modulo di adesione.

Data

Firma del lavoratore