

A: **EBILOG**
Via Locchi, 6
00197 Roma

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONTRIBUTO PER IL SOSTEGNO AI
LAVORATORI AFFETTI DA MALATTIE PARTICOLARMENTE GRAVI ANNO 2017**

Il sottoscritto chiede di ricevere il contributo in questione, allegando i documenti prescritti

Dati dell'Azienda	Ragione Sociale
	Sede
	P.IVA/Cod.Fisc.
	Recapiti telefonici/mail
Dati del lavoratore	Nome e Cognome
	Nato il
	Codice Fiscale
	Recapiti telefonici/mail

Il sottoscritto sotto la propria responsabilità conferma le suddette dichiarazioni e allega quanto segue:

- certificato/i del medico di strutture sanitarie ovvero di medico/i specialistici del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato, che attesti la malattia;
- attestazione dell'azienda che certifichi che il lavoratore richiedente sia dipendente e regolarmente in forza alla stessa;
- attestazione dell'azienda di sospensione dei trattamenti economici;
- ultimi tre cedolini paga;
- copia del codice fiscale ovvero autocertificazione resa ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000;
- certificato di residenza ovvero autocertificazione resa ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000;
- estremi dei dati bancari (codice IBAN) per il pagamento del contributo;
- autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Firma del Richiedente