

A: **EBILOG**

Via Locchi, 6

00197 Roma

##### DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONTRIBUTO PER IL SOSTEGNO AI LAVORATORI AFFETTI DA MALATTIE PARTICOLARMENTE GRAVI

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 sia dipendente della stessa;
* Attestazione dell’azienda di sospensione dei trattamenti economici;
* Ultimi tre cedolini paga;
* Estremi dei dati bancari (codice IBAN) per il pagamento del contributo;
* Autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196/2003.

Firma del Richiedente