



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
- Dichiarazione datore di lavoro attestante il versamento delle quote all'Ente o ultime sei buste paga del periodo antecedente la malattia

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 _____

