

Al Comitato di Gestione di EBAT - Ente Bilaterale Artigianato Trentino  
 Richiesta di prestazione del Fondo di Sostegno al Reddito

**1.a) MALATTIA DI LUNGA DURATA PER LAVORATORI DIPENDENTI**

<b>Lavoratore RICHIEDENTE</b>	<b>Il/La sottoscritto/a</b> .....
	Nato/a a (Comune) ..... Provincia ..... il __/__/__
	Codice fiscale .....
	Dipendente dell’Azienda Artigiana .....
	con CCNL .....
	inquadrate al livello ..... con mansione/qualifica .....
	in forza nella stessa dal __/__/____ <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> part-time ..... ore

<b>Dati dell’AZIENDA</b>	Ragione sociale azienda .....																							
	Numero matricola INPS ..... cod. ATECO attività .....																							
	Con sede in ..... CAP .....																							
	Via/piazza ..... Tel. ....																							
	Esercente l’attività di .....																							
	P.IVA ..... C.F. ....																							
	E-mail ..... PEC .....																							
	L'azienda dichiara di aver preso visione del Regolamento del Fondo di Sostegno al Reddito, in particolare dei paragrafi 7, 8, 9, e attesta di essere in possesso dei requisiti necessari per l'erogazione della prestazione, nello specifico della regolarità contributiva sui versamenti alla bilateralità artigiana.																							
	EBAT fornirà all’azienda ed al <u>consulente paghe</u> il conteggio dell’importo spettante in base ai dati indicati nella presente richiesta. Indicare di seguito i riferimenti del consulente paghe di riferimento.																							
	Studio .....																							
	Persona da contattare .....																							
	Via .....																							
	CAP ..... Città .....																							
	Telefono ..... E-mail .....																							
	PEC .....																							
	La liquidazione del contributo verrà corrisposta per il tramite dell’azienda.																							
	<b>COORDINATE BANCARIE DELL’AZIENDA</b>																							
	BANCA .....																							
CODICE IBAN																								
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																								
Paese(2) CIN EUR(2) CIN(1) ABI(5) CAB(5) N° Conto(12)																								

**CHIEDE**

l'erogazione dell'integrazione al reddito per la malattia di lunga durata così come previsto dal Regolamento del Fondo Sostegno al Reddito 2022 al punto 1.a.

A tale scopo allega:

- copia della documentazione presentata all'INPS (certificato medico) da cui si evinca esclusivamente la prognosi
- copia del cedolino paga del mese precedente l'evento morboso
- copia del cedolino paga del lavoratore del primo mese non più indennizzato da INPS
- qualora, dal sistema informatico EBAT non risultino regolarmente versati gli ultimi 3 anni solari del contributo EBNA, l'azienda dovrà produrre copia degli F24 mancanti per la verifica della posizione

La presente domanda correlata dei necessari allegati deve essere inviata per email all'indirizzo [segreteria@ebat.tn.it](mailto:segreteria@ebat.tn.it)

Il richiedente e l'azienda si impegnano a fornire eventuale ulteriore documentazione e informazioni richieste da EBAT per l'approfondimento, la verifica e la gestione della richiesta.

**Liberatoria**

Il richiedente e l'azienda si assumono la piena responsabilità della correttezza, veridicità e completezza dei dati e della documentazione forniti. Per tutto quanto non qui specificato, si fa riferimento al Regolamento del Fondo di Sostegno al Reddito vigente.

**Richiesta di consenso al trattamento dei dati – GDPR 679/2016**

La raccolta e il trattamento dei dati forniti, congiuntamente e singolarmente, richiedente e dall'azienda, è finalizzato alla gestione della prestazione richiesta con modalità cartacee e digitali.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Reg. 679/2016), l'azienda e il lavoratore richiedente, congiuntamente e disgiuntamente, acconsentono a che EBAT ponga in essere le attività necessarie alla gestione ed erogazione della prestazione richiesta per il quale il consenso rappresenti la base giuridica del trattamento.

Per tale fine, il richiedente e l'azienda

- autorizzano*
- NON autorizzano*

il trattamento e la comunicazione dei dati personali e aziendali, eventualmente anche particolari, da parte di EBAT – Ente Bilaterale Artigianato Trentino.

In mancanza del consenso, la prestazione richiesta non potrà essere erogata. L'informativa completa è disponibile presso EBAT o consultabile tramite il sito internet [www.ebat.tn.it](http://www.ebat.tn.it).

Luogo e data .....

Firma leggibile  
del lavoratore **RICHIEDENTE**

TIMBRO e Firma leggibile del/la  
legale rappresentante dell'**IMPRESA**

.....

.....