

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

A.1) MALATTIA DI LUNGA DURATA PER LAVORATORI DIPENDENTI

RICHIEDENTE	Il/La sottoscritto/a
	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	

Dati dell'AZIENDA	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

Modalità di erogazione della prestazione	EBAT fornirà all'azienda ed al consulente paghe il conteggio dell'importo spettante in base ai dati forniti. 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.																		
	COORDINATE BANCARIE DELL'AZIENDA																		
	BANCA																		
	CODICE IBAN																		
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;">Legenda cod. IBAN: Paese(2) CIN EUR(2) CIN(1) ABI(5) CAB(5) N° Conto(12)</p>																			

CHIEDE

l'erogazione dell'integrazione al reddito per la malattia di lunga durata, così come previsto dal Regolamento del Fondo Sostegno al Reddito 2025 al punto A.1, dalla data _____ (primo giorno lavorativo NON più indennizzato da INPS o dall'azienda) alla data _____ (ultimo giorno di malattia nei limiti previsti dalla prestazione).

Se la presente domanda è fatta in prosecuzione di analoga domanda per lo stesso evento, indicare: data di inizio _____ e giorno di fine _____ della precedente richiesta.

A tale scopo allega:

- copia della documentazione presentata all'INPS (certificato medico) da cui si evinca esclusivamente la prognosi per la malattia (i certificati devono coprire il periodo richiesto con la presente domanda di prestazione)
- copia del cedolino paga del lavoratore del mese con riferimento al primo giorno lavorativo NON più indennizzato da INPS e/o da cui si deduca che non vi è l'integrazione della malattia a carico dell'azienda
- copia dei cedolini paga del lavoratore per ogni mese cui richiede l'integrazione
- qualora nel sistema informativo EBNA non risulti la regolarità contributiva, l'azienda dovrà produrre copia degli F24 mancanti per la verifica della posizione e regolarizzare la stessa.

La presente domanda correlata dei necessari allegati deve essere inviata con PEC all'indirizzo sostegnoreddito@pec.ebat.tn.it Il/la 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/la richiedente e l'azienda dichiarano di aver preso visione del Regolamento del Fondo di Sostegno al Reddito, in particolare dei paragrafi 1, 2, 3, 4, 5, 6 e attestano di essere in possesso dei requisiti necessari per l'erogazione della prestazione, nello specifico della regolarità contributiva sui versamenti alla bilateralità artigiana.

Il/la 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, dal/la 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/la 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 rappresenta la base giuridica del trattamento.

Per tale fine, il/la 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.

Luogo e data

Firma leggibile
del/la **RICHIEDENTE**

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

.....

.....