



A tale scopo allega:

- copia della documentazione medica da cui si evinca esclusivamente la prognosi per la malattia e/o impossibilità a svolgere il proprio lavoro (i certificati devono coprire il periodo richiesto con la presente domanda di prestazione);
- dichiarazione delle giornate di malattia/impossibilità a svolgere l'attività lavorativa;
- 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.

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 rappresenti 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**

.....

.....



DICHIARAZIONE GIORNATE DI MALATTIA/IMPOSSIBILITA' A SVOLGERE L'ATTIVITA' LAVORATIVA

Il/La sottoscritto/adichiara la sua impossibilit  a svolgere l'attivit  lavorativa nei seguenti giorni o periodi:

Multiple lines of dashed lines for date entry, each line representing a date range (e.g., __/__/____ - __/__/____).

Per un totale di nr. giorni: _____

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

La raccolta e il trattamento dei dati forniti dal richiedente contenuti nel presente modulo   finalizzato alla gestione della prestazione richiesta con modalit  cartacee ed elettroniche.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Reg. 679/2016), il richiedente acconsente a che EBAT ponga in essere le attivit  necessarie alla gestione ed erogazione della prestazione richiesta per il quale il consenso rappresenti la base giuridica del trattamento.

Letto, confermato, sottoscritto

Data

Firma leggibile del/la Richiedente

.....