

Attenzione

Il modulo C dovrà essere utilizzato qualora la prestazione venisse richiesta presso gli Sportelli delle Organizzazioni Sindacali.

Sede OO.SS. di Data Ricezione

Timbro e firma operatore

Domanda di contributo per Welfare Bilaterale Artigiano DIPENDENTI

Spese sostenute nell'anno

Il/la sottoscritto/a: nato/a il

Prov (o Stato Estero): Cod. Fiscale:

Residente in Via/Piazza n° Comune Prov.

CAP e-mail: Tel.

Eventuale recapito se diverso da quello di residenza:

Cognome e Nome Comune

Via/Piazza n° Prov CAP

Dipendente presso l'impresa artigiana:

Cod. Fiscale: P.IVA: Mat. INPS:

con sede in: Prov. CAP

Via/Piazza: n° Tel:

e-mail: Pec:

CHIEDE

per sé e/o per i componenti del nucleo familiare, di cui alla Scheda che si allega alla presente domanda, la prestazione di welfare bilaterale artigiano per una o più delle seguenti tipologie:

A) FREQUENZA ASILI NIDO ED ULTERIORI SERVIZI EDUCATIVI PER L'INFANZIA

Allegati: copia ricevute spese sostenute (A.S. - iscrizione e rette pagate), attestazione ISEE.

B) STUDI UNIVERSITARI

Prestazione richiesta per figli Prestazione a favore di studente-lavoratore

Allegati: copie ricevute tasse universitarie e copia Piano Carriera aggiornato, attestazione ISEE.

C) TESTI SCOLASTICI - scuola secondaria di primo-secondo grado e università

Allegati: elenco testi scolastici, testi consigliati e bibliografia elencati nella pagina web del corso e copia ricevute e fatture di acquisto, attestazione ISEE.

D) PARTECIPAZIONE A CENTRI ESTIVI, CAMPUS ESTIVI E PRE/DOPO SCUOLA

Allegati: copia ricevute centro estivo e periodo interessato, attestazione ISEE.

E) TRASPORTO SCOLASTICO (scuola secondaria di I-II grado e università) Urbano Extraurbano

Allegati: copia documenti di trasporto e relative ricevute di pagamento ad esso riconducibili, attestazione ISEE.

F) MENSA SCOLASTICA (scuola obbligo - infanzia 3-6 anni)

Allegati: copia ricevute pagamento servizio mensa, attestazione ISEE.

G) TRASPORTO DIPENDENTE Urbano Extraurbano

Allegati: copia documenti di trasporto e relative ricevute di pagamento ad esso riconducibili, attestazione ISEE.

H) DIPLOMA PER PERSONALE DIPENDENTE (Secondaria di 2° grado e professionale)

Allegati: dichiarazione conseguimento titolo rilasciato dall'istituto scolastico.

I) DIPLOMA DI Istituto Tecnico Superiore (ITIS) PER PERSONALE DIPENDENTE

J-K-L) LAUREA PER PERSONALE DIPENDENTE

Triennale

Magistrale

Master

Allegati: dichiarazione conseguimento titolo rilasciato dall'università.

M) ACQUISTO LENTI GRADUATE CORRETTIVE PER VARIAZIONE VISUS DICHIARATA (fino a 150 euro per prestazione per massimo n° 2 prestazioni per nucleo familiare)

Allegati: copia fattura di acquisto con certificato di conformità delle lenti e copia prescrizione dell'oculista o optometrista e variazione visus dichiarata dall'ottico optometrista e attestazione ISEE.

N) NUCLEI FAMILIARI CON DISABILI MINORI (ex art. 3 comma 1 e 3 L. 104/92)

Allegati: copia verbale commissione medica attestante la disabilità e dichiarazione di visita effettuata.

O) NUCLEI FAMILIARI CON GENITORI RICONOSCIUTI "NON AUTOSUFFICIENTI"

Allegati: documentazione attestante disabilità in corso di validità, attestazione ISEE.

P) NATALITÀ E ADOZIONE Allegati: copia certificato di nascita o certificato di adozione, attestazione ISEE.

Q) SUPERAMENTO PERIODO DI COMPORTO PER GRAVI PATOLOGIE

Allegati: richiesta di aspettativa non retribuita oltre il periodo di comporto e copia della comunicazione di accettazione del datore di lavoro.

R) SPESE FUNERARIE

Allegati: copia fattura spese agenzia intestata al richiedente e relativa autocertificazione del grado di parentela.

S) ATTIVITÀ LUDICO-SPORTIVE

TESSERA MUSEI PIEMONTE-VALLE D'AOSTA

Allegati: copia tessera e ricevuta pagamento, attestazione ISEE.

ATTIVITÀ FISICO SPORTIVE

Allegati: copia ricevuta pagamento, attestazione ISEE.

CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO

Allegati: scontrino parlante o relativa certificazione o fattura, attestazione ISEE.

T) SPESE VETERINARIE

Allegati: copia fattura intestata ad un componente del nucleo familiare, attestazione ISEE.

U) MUTUO PRIMA CASA

Allegati: dichiarazione stipula atto notarile e stipula mutuo.

V) ADESIONE SANARTI

Allegati: Versamenti iscrizione a SANARTI del nucleo familiare. Verbale attestante disabilità.

W) TRATTAMENTI PARASANITARI Allegati: copia fattura/ricevuta fiscale.

Z) TRATTAMENTI ESTETICI IN TERAPIA ONCOLOGICA

Allegati: copia fattura/ricevuta fiscale e dichiarazione status trattamento oncologico rilasciato.

che il contributo venga erogato con bonifico bancario utilizzando il seguente

CODICE IBAN

(Campo obbligatorio)

Allega alla domanda copia attestazione ISEE in corso di validità.

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA PER DOMANDE PRESENTATE DA LAVORATORI DIPENDENTI

Il/la sottoscritto/a in qualità di legale rappresentate
dell'impresa.....

C.F.: P.IVA.: Mat. INPS:

dichiara che il richiedente è alle proprie dipendenze dal e di aver provveduto a
fornirgli l'informativa sul trattamento dei dati personali, comprensiva degli ambiti di comunicazione, in
occasione dell'instaurazione del rapporto di lavoro.

.....
Luogo e Data

.....
timbro e firma dell'Impresa

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Che nessun'altro componente del mio nucleo familiare ha presentato la
medesima richiesta a codesto Ente Bilaterale;
Di non aver presentato richiesta del medesimo contributo ad altro soggetto/ente.
Di aver presentato richiesta del medesimo contributo ad altro soggetto/ente.

Indicare soggetto/ente:

Importo:

.....
Luogo e Data

.....
firma del/della richiedente

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione di regole e condizioni inerenti alla fruizione delle prestazioni di Welfare Bilaterale Artigiano.
"Dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'EBAP, che prevede che
il trattamento sia effettuato anche con strumenti elettronici, per finalità di erogazione del contributo e per le altre finalità statutarie dell'Ente."

.....
Luogo e Data

.....
firma del/della richiedente

SCHEDA FIGLI/COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE N°

NOTA BENE: ALLA DOMANDA È NECESSARIO ALLEGARE IL PRESENTE MODULO PER LE PRESTAZIONI NELLO STESSO INDICATE

Figlio/Componente n°		
Cognome		Nome
Cod. Fiscale		nato il
.....		iscritto presso
.....		Comune
.....		Prov.
<i>(indicare denominazione e comune per asilo nido, scuola media inferiore e superiore, facoltà universitaria)</i>		
Prestazione richiesta: <i>(barrare le voci per cui si presenta la domanda)</i>		
<input type="checkbox"/> Frequenza asili nido	<input type="checkbox"/> Studi universitari	<input type="checkbox"/> Testi scolastici
<input type="checkbox"/> Partecipazione centri estivi	<input type="checkbox"/> Disabili minori	<input type="checkbox"/> Lenti graduate
<input type="checkbox"/> Trasporto scolastico	<input type="checkbox"/> Mensa scolastica	<input type="checkbox"/> Spese funerarie
<input type="checkbox"/> Genitori non autosufficienti	<input type="checkbox"/> Bonus natalità e adozione	<input type="checkbox"/> Adesione SANARTI
<input type="checkbox"/> Tessera Musei Piemonte-V. d'Aosta	<input type="checkbox"/> Attività fisico sportive	<input type="checkbox"/> Certificato medico/sportivo
<input type="checkbox"/> Trattamenti parasanitari	<input type="checkbox"/> Trattamenti estetici oncologici	

Figlio/Componente n°		
Cognome		Nome
Cod. Fiscale		nato il
.....		iscritto presso
.....		Comune
.....		Prov.
<i>(indicare denominazione e comune per asilo nido, scuola media inferiore e superiore, facoltà universitaria)</i>		
Prestazione richiesta: <i>(barrare le voci per cui si presenta la domanda)</i>		
<input type="checkbox"/> Frequenza asili nido	<input type="checkbox"/> Studi universitari	<input type="checkbox"/> Testi scolastici
<input type="checkbox"/> Partecipazione centri estivi	<input type="checkbox"/> Disabili minori	<input type="checkbox"/> Lenti graduate
<input type="checkbox"/> Trasporto scolastico	<input type="checkbox"/> Mensa scolastica	<input type="checkbox"/> Spese funerarie
<input type="checkbox"/> Genitori non autosufficienti	<input type="checkbox"/> Bonus natalità e adozione	<input type="checkbox"/> Adesione SANARTI
<input type="checkbox"/> Tessera Musei Piemonte-V. d'Aosta	<input type="checkbox"/> Attività fisico sportive	<input type="checkbox"/> Certificato medico/sportivo
<input type="checkbox"/> Trattamenti parasanitari	<input type="checkbox"/> Trattamenti estetici oncologici	

Figlio/Componente n°		
Cognome		Nome
Cod. Fiscale		nato il
.....		iscritto presso
.....		Comune
.....		Prov.
<i>(indicare denominazione e comune per asilo nido, scuola media inferiore e superiore, facoltà universitaria)</i>		
Prestazione richiesta: <i>(barrare le voci per cui si presenta la domanda)</i>		
<input type="checkbox"/> Frequenza asili nido	<input type="checkbox"/> Studi universitari	<input type="checkbox"/> Testi scolastici
<input type="checkbox"/> Partecipazione centri estivi	<input type="checkbox"/> Disabili minori	<input type="checkbox"/> Lenti graduate
<input type="checkbox"/> Trasporto scolastico	<input type="checkbox"/> Mensa scolastica	<input type="checkbox"/> Spese funerarie
<input type="checkbox"/> Genitori non autosufficienti	<input type="checkbox"/> Bonus natalità e adozione	<input type="checkbox"/> Adesione SANARTI
<input type="checkbox"/> Tessera Musei Piemonte-V. d'Aosta	<input type="checkbox"/> Attività fisico sportive	<input type="checkbox"/> Certificato medico/sportivo
<input type="checkbox"/> Trattamenti parasanitari	<input type="checkbox"/> Trattamenti estetici oncologici	

N.B.: Per ciascun figlio dovrà essere barrata la prestazione che viene richiesta e dovrà essere allegata alla presente tutta la documentazione necessaria per ottenere la prestazione o le prestazioni richieste.
 Nel caso di numero di figli superiore a 3 aggiungere una seconda scheda figli curandone la numerazione.