

Attenzione

Il modulo C dovrà essere utilizzato qualora la prestazione venisse richiesta presso gli EBAP di Bacino Territoriali.

EBAP Bacino di Data Ricezione

Timbro e firma operatore

Domanda di contributo per Welfare Bilaterale Artigiano TITOLARI, SOCI, COADIUVANTI

Spese sostenute nell'anno

Il/la sottoscritto/a: nato/a il a

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

In qualità di ⁽¹⁾:

dell'impresa artigiana: Mat INPS:

Cod. Fiscale: P.IVA:

con sede in: Prov. CAP

Via/Piazza: n° Tel:

e-mail:

NOTE: (1) titolare, socio amministratore, socio non amministratore, coadiuvante.

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 E ULTERIORI SERVIZI EDUCATIVI PER L'INFANZIA

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

B) STUDI UNIVERSITARI

Prestazione richiesta per figli Prestazione a favore di titolari, soci o coadiuvanti

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

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.

D) PARTECIPAZIONE A CENTRI ESTIVI, CAMPUS ESTIVI, PRE/DOPO SCUOLA (figli minori)

Allegati: copia ricevute centro estivo e periodo interessato.

E) TRASPORTO SCOLASTICO (Scuola secondaria di primo-secondo grado e università) Urbano Extraurbano

Allegati: copia documento di trasporto e ricevute di pagamento settimanali/mensili e/o annuali ad esso riconducibili.

F) MENSA SCOLASTICA (Scuola dell'obbligo e dell'infanzia 3/6 anni)

Allegati: copia ricevuta pagamento del servizio mensa ed eventuale ricarica o retta mensile.

G) DIPLOMA SCOLASTICO (per titolari, soci e coadiuvanti)

Allegato: dichiarazione conseguimento titolo rilasciata dall'istituto scolastico.

H) DIPLOMA SCOLASTICO ITS (per titolari, soci e coadiuvanti)

Allegato: dichiarazione conseguimento titolo rilasciata dall'istituto tecnico superiore.

I) LAUREA TRIENNALE (per titolari, soci e coadiuvanti)

Allegato: dichiarazione conseguimento titolo rilasciata dall'università.

J) LAUREA MAGISTRALE (per titolari, soci e coadiuvanti)

Allegato: dichiarazione conseguimento titolo rilasciata dall'università.

K) MASTER UNIVERSITARI (per titolari, soci e coadiuvanti)

Allegato: dichiarazione conseguimento titolo rilasciata dall'università.

L) 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 copia attestazione variazione visus.

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

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

N) NUCLEI FAMILIARI CON GENITORI RICONOSCIUTI "NON AUTOSUFFICIENTI"

Allegati: documentazione attestante disabilità in corso di validità.

O) BONUS NATALITÀ E ADOZIONE

Allegati: copia certificato di nascita o dichiarazione di adozione.

P) SPESE FUNERARIE

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

Q) TESSERA MUSEI PIEMONTE-V. D'AOSTA **ATTIVITÀ FISICO SPORTIVE** **CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO**

Allegati: copia tessera e ricevuta pagamento / copia ricevuta pagamento.

R) SPESE VETERINARIE

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

S) MUTUO PRIMA CASA

Allegati: dichiarazione stipula atto notarile e stipula mutuo intestati a TSC avente diritto.

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

U) TRATTAMENTI ESTETICI IN TERAPIA ONCOLOGICA

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

V) ADESIONE SANARTI Allegati: versamento iscrizione a sanarti del nucleo familiare e verbale attestante disabilità.

che il contributo venga erogato con bonifico bancario utilizzando il seguente

CODICE IBAN

(Campo obbligatorio)

Allega alla domanda la copia del modello ISEE STANDARD in corso di validità.

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"/> 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"/> 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"/> 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.