



Via Feltrina, 56/B – 31038 Castagnole di PAESE (TV) - C.F. 90163300271  
Tel. 0422/540660 Fax 0422/454098 E-mail: ebasif@pec.it

I CAMPI SONO OBBLIGATORI

• **IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza e nr. civico \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ IBAN\* \_\_\_\_\_

\* In caso di mancato possesso di un conto corrente siete pregati di avvisare l'ufficio

**CHIEDE**

*L'erogazione dell'indennità integrativa extra legem, come previsto dal CCNL - CIRL:*

• **ASTENSIONE LAVORATIVA DOVUTA A: (barrare con una x la richiesta d'integrazione)**

- MALATTIA  INFORTUNIO  MATERNITA'/PATERNITA'  
Effettivamente verificatesi dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- RIMBORSO ASILO NIDO  RIMBORSO SCUOLA MATERNA  RIMBORSO SCUOLA SUPERIORE  
 RIMBORSO UNIVERSITARIO  RIMBORSO SPESE SPECIALISTICHE  CONTRIBUTO PER DECESSO

IL SOTTOSCRITTO:

**DICHIARA**

Che per il periodo cui si fa riferimento risulta regolarmente assunto, quale lavoratore dipendente, presso:

Azienda/Ente \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Con il seguente contratto di lavoro (barrare con una x la propria posizione lavorativa):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Operaio a tempo indeterminato (fisso)</b> | <input type="checkbox"/> <b>Operaio a tempo determinato (avventizio)</b> |
| Con la seguente qualifica:  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Comune</b>                                | <input type="checkbox"/> <b>Comune</b>                                   |
| <input type="checkbox"/> <b>Specializzato</b>                         | <input type="checkbox"/> <b>Specializzato</b>                            |
| <input type="checkbox"/> <b>Qualificato</b>                           | <input type="checkbox"/> <b>Qualificato</b>                              |
| <input type="checkbox"/> <b>Specializzato Super</b>                   | <input type="checkbox"/> <b>Specializzato super</b>                      |
| <input type="checkbox"/> <b>Qualificato Super</b>                     | <input type="checkbox"/> <b>Qualificato Super</b>                        |

**ALLEGARE (obbligatorio):**

- Busta paga per tutti i dipendenti con riferimento al periodo dell'evento di malattia – infortunio – certificato medico oppure prospetto INAIL;
- Alla domanda di maternità/paternità allegare stato famiglia o autocertificazione, e certificato di nascita e l'ultimo mese di busta paga;
- Alla domanda di contributo scolastico (annuale), per scuola materna, asilo nido, scuola superiore, università, allegare stato famiglia o autocertificazione, certificato di iscrizione all'anno di scuola per cui si chiede l'integrazione; e relative spese a copertura del contributo e l'ultimo mese di busta paga;
- Per contributo su prestazioni specialistiche unire fotocopie delle ricevute/fatture mediche o visite specialistiche e l'ultimo mese di busta paga.

Per documenti in caso di decesso rivolgersi al Fondo

**In fede**

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

IL SOTTOSCRITTO .....debitamente informato ai sensi di legge  
CONCEDE IL PROPRIO CONSENSO ALL'EBA.SIF. VENETO

**a trattare, conservare e trasmettere**

Agli enti preposti i dati personali acquisiti in applicazione delle leggi 675/96 – 196/2003 .

Data .....

FIRMA .....