

Ex Dipendenti di Cassa di Risparmio di Rimini S.p.A.

Spett.le

SERVIZIO AMM.NE DEL PERSONALE (714)
CA GROUP SOLUTIONS

OGGETTO: richiesta contributo annuale per portatori di handicap relativo all'anno 20 **.**

Io sottoscritto/a _____ **matr.** _____

in applicazione di quanto previsto dal Contratto Integrativo Aziendale della Cassa di Risparmio di Rimini S.p.A. e dall'Accordo Sindacale del 25/05/2018,

CHIEDE

per ...I... propri... figli... _____ attualmente

ricoverato/a

non ricoverato/a

permanentemente in strutture sanitarie, la corresponsione della provvidenza annuale prevista.

DICHIARO

a tal fine, che ...I... propri... figli... _____

risulta a carico secondo il criterio seguito per l'individuazione dei titolari del diritto agli assegni familiari e risulta altresì portatore di handicap ai fini della legge 104/92 per grave minorazione fisica o psichica.

Di essere inoltre consapevole del fatto che il Servizio Amministrazione del Personale di CA Group Solutions potrà chiedere in qualunque momento eventuali documenti probatori di quanto sopra dichiarato.

Infine, come disposto dal D.lgs 196/03, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano il familiare indicato che, se maggiorenne, sottoscrive ed autorizza il trattamento dei propri dati personali e sensibili per gli scopi qui indicati.

Data _____

Firma del dipendente _____
(firmare in modo leggibile)

Firma del familiare maggiorenne _____
(firmare in modo leggibile)