

Ex Dipendenti di Cassa di Risparmio della Spezia S.p.A.

MODULO "B"
DA ALLEGARE A TICKET IN HR SERVICE PER TE

OGGETTO: richiesta contributo annuale per familiari portatori di handicap relativo

all'anno 20....

Io sottoscritto/a _____ matr. _____

in applicazione di quanto previsto dall'Accordo Sindacale del 11/10/2012 e dall'Accordo Sindacale del 09/07/2019, chiedo l'erogazione del contributo annuo previsto per il familiare sotto indicato, in quanto fiscalmente a carico e portatore di handicap supportato da idonea documentazione:

Dipendente già beneficiario del contributo alla data del 11/10/2012:

SI*

NO

<input type="checkbox"/> figlio/a _____ (cognome) _____ (nome) _____
<input type="checkbox"/> coniuge _____ (cognome) _____ (nome) _____

Dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che l'Amministrazione del Personale di CA Italia potrà chiedere in qualunque momento eventuali documenti probatori delle condizioni di handicap dichiarate.

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)

*la provvidenza viene corrisposta a presentazione di idonea certificazione medica rilasciata dalla competente struttura attestante per l'anno di corresponsione, la sussistenza di un handicap ai sensi dell'art. 3 della legge n. 104 del 5/2/1992.