

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

MODULO "D"

DA ALLEGARE A TICKET IN HR SERVICE PER TE

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 Cesena S.p.A. e dall'Accordo Sindacale del 25/05/2018, chiedo l'erogazione del contributo annuo per i portatori di handicap ai sensi della legge n.104/92 art.3 comma 3:

Dipendente portatore di handicap

A tal fine dichiaro che il reddito familiare complessivo (così come definito dall'accordo sindacale 25/5/2018) non è stato superiore ad Euro 60.000,00.

Figlio/a o coniuge convivente _____
(cognome) (nome)

Dichiaro infine, che il familiare disabile:

NON è ricoverato in via permanente presso una struttura sanitaria

E' ricoverato in via permanente presso una struttura sanitaria

Dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che l'Amministrazione del Personale di CA Italia 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)