

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

MODULO "E"
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 Rimini S.p.A. e dall'Accordo Sindacale del 25/05/2018,

CHIEDE

per ...l... propri... figli... _____ attualmente

ricoverato/a

non ricoverato/a

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

DICHIARO

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

risulta a carico secondo le previsioni dell'Accordo Sindacale 25/05/2018 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 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)