EBT

ENTE BILATERALE TERRITORIALE TERZIARIO DI NOVARA
E DEL VERBANO CUSIO E OSSOLA

# CONTRIBUTO PERMESSI PER MALATTIA FIGLIO

Il sottoscritto / a _____nato a _____il_____
Codice fiscale_____residente a _____ Prov._____CAP_____
indirizzo_____tel._____mail_____
dipendente della ditta dal _____al _____Ragione Sociale ditta_____
Con sede in_____Via _____nr_____CCNL_____
Tel._____mail_____

**Chiede**

A codesto Spett.le Ente il pagamento del "Contributo permessi per malattia figli"
PER IL FIGLIO_____

A tale scopo allega la seguente documentazione:

a) copie delle ultime sei buste paga del periodo antecedente la malattia:
b) copia della busta paga attestante il permesso non retribuito per malattia figlio;
c) copia stato di famiglia in carta semplice
d) certificato di malattia figlio indicante la prognosi della malattia del figlio e la necessità di assistenza da parte di un genitore:

**DICHIARA**

e) che il coniuge , sig./sig.ra _____ non ha già beneficiato del contributo in oggetto.

**DATI PER IL BONIFICO**
**( IBAN DITTA )**

_____

Data_____ Firma_____

Il sottoscritto autorizza EBT Novara e Vco all'utilizzo dei dati personali, ai sensi dell'art.13D.Lgs 196/03 nella misura necessari al conseguimento degli scopi dell'avviso.

Spazio riservato all'Ente Bilaterale

Domanda pervenuta in data_____ Esaminata dalla Commissione Paritetica in data_____
**Esito della domanda:**
**Accolta**
**Respinta** ( motivo)_____
.
**IMPORTO TOTALE LIQUIDATO EURO……**

**LA COMMISSIONE DI CONCILIAZIONE**

_____ _____