

ALLEGATI
MODULISTICA VARIA

EN.BI.LA.I.F.
Via Irno 2/4 84135 Salerno
pec: campania@pec.enbilaif.it

CAMPI OBBLIGATORI

Il / La sottoscritto / a:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il ____/____/_____, residente in _____ alla

Via _____ n. _____, CF: _____

IBAN _____

e-mail _____

CHIEDE

L'erogazione della prestazione integrativa

ASTENSIONE LAVORATIVA DOVUTA A: (barrare con una X la richiesta di integrazione)

☐ MALATTIA

☐ INFORTUNIO

Effettivamente verificatasi dal ____/____/_____ al ____/____/_____

Numero giorni carenza per malattia: _____

☐ RIMBORSO SPESE MEDICHE SPECIALISTICHE – SUSSIDI MEDICI

Specificare prestazioni specialistiche _____

☐ RIMBORSO ASILO NIDO

☐ RIMBORSO SCUOLA MATERNA

☐ RIMBORSO SCUOLA SUPERIORE

☐ RIMBORSO UNIVERSITARIO

Specificare Nome / Cognome figlio _____

☐ CONTRIBUTO PER DECESSO

☐ CONTRIBUTO PER NASCITA

Il Sottoscritto / a

DICHIARA

Che per il periodo cui si fa riferimento risulta regolarmente assunto, quale lavoratore dipendente presso

AZIENDA / ENTE _____ P.IVA _____	
Via/piazza _____ n. _____ Comune _____	
Con il seguente contratto di lavoro (barrare con una x la propria posizione lavorativa):	
<input type="checkbox"/> Operaio a tempo indeterminato (fisso) Con la seguente qualifica: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> <input type="checkbox"/> comune <input type="checkbox"/> qualificato <input type="checkbox"/> qualificato super </div> <div> <input type="checkbox"/> specializzato <input type="checkbox"/> specializzato super </div> </div>	<input type="checkbox"/> Operaio a tempo determinato (avventizio) Con la seguente qualifica: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> <input type="checkbox"/> comune <input type="checkbox"/> qualificato <input type="checkbox"/> qualificato super </div> <div> <input type="checkbox"/> specializzato <input type="checkbox"/> specializzato super </div> </div>
<input type="checkbox"/> Impiegato forestale Con la seguente qualifica: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. </div> </div>	

ALLEGARE (obbligatorio):

- Busta paga per tutti i dipendenti con riferimento al periodo dell'evento di malattia – infortunio – certificato medico oppure prospetto INAIL;
- Alla domanda di contributo scolastico (annuale), per scuola materna, asilo nido, scuola superiore, università, allegare stato famiglia o autocertificazione, certificato di iscrizione all'anno di scuola per cui si chiede l'integrazione e relative spese a copertura del contributo e l'ultimo mese di busta paga;
- Per contributo su prestazioni specialistiche unire fotocopie delle ricevute/fatture mediche o visite specialistiche e l'ultimo mese di busta paga.
- Documentazione richiamata agli articoli di riferimento.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto:

Cognome.....nome

nato a (prov.....) il

e residente in (prov.)

via n.....

D I C H I A R A

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (codice di protezione dei dati personali), dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

il dichiarante

.....

(dichiarazione da compilarsi al fine di attestare la mancata richiesta/erogazione della medesima prestazione da parte di altri Enti – Istituti).

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI ai sensi degli art. 13 e 14 GDPR
(Reg. UE 679/2016)**

Gentile Utente

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che i dati da Lei forniti, ai sensi della legislazione in vigore, vengono trattati per il fine esclusivo della gestione della pratica da Lei presentata. Il conferimento dei dati è dunque strettamente funzionale all'instaurazione di tale rapporto, il quale senza i dati richiesti potrebbe non essere, in tutto o in parte, eseguito.

I dati saranno trattati con modalità e procedure effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici necessari per il fine indicato, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza: i suoi dati potranno essere conosciuti solo da soggetti specificatamente autorizzati a trattarli in qualità di responsabili o incaricati, di volta in volta individuati e coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni. I Suoi dati potranno essere comunicati:

- a) alla banca per la liquidazione dei contributi;
- b) ad organismi pubblici o privati per l'espletamento delle attività istituzionali dell'EnBiLaIF;
- c) al soggetto competente per gli adempimenti fiscali e previdenziali connessi all'erogazione dei contributi (mod. 770, CUD ecc.).

I suoi dati personali ed aziendali saranno quindi utilizzati, come è a Lei noto, per l'adempimento degli obblighi contrattuali con particolare riferimento al conteggio, l'elaborazione ed il pagamento dei contributi integrativi malattie, infortuni e varie; il compimento di ogni altro adempimento previsto da norme civilistiche, previdenziali, fiscali o da altre disposizioni di legge.

Si fa inoltre presente che l'Ente bilaterale in occasione delle operazioni di trattamento dei Suoi dati personali ed a seguito di una Sua segnalazione, può venire a conoscenza di dati cosiddetti "sensibili", in quanto idonei a rivelare uno stato di salute (certificati relativi ad assenze per malattia, maternità, infortuni) e/o l'adesione ad un sindacato (assunzione di cariche sindacali) o ad un partito politico. Tali informazioni potranno essere trattate solo per gli adempimenti connessi alla richiesta delle indennità e/o previsti dalla legge.

L'Ente, inoltre, potrà rivolgersi ad Enti Pubblici ed ai datori di lavoro per verificare la correttezza e la liceità dei trattamenti.

I dati saranno conservati solo per il tempo necessario alle finalità e gli obblighi di conservazione di legge.

In qualità di interessato ha diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati presso l'Ente, di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza e richiederne l'integrazione, l'aggiornamento e/o la rettifica; ha inoltre il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco dei dati qualora trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento e di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo anche a un'autorità di controllo.

Il titolare del trattamento dati è EN.Bi.La.I.F., Via Irno 2/4 84135 Salerno.

Il Presidente

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

AFFINCHÉ L'ENTE POSSA TRATTARE I SUOI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ANCHE PARTICOLARI (artt. 13 e 14 "GDPR", Reg. UE 679/2016).

Dopo aver letto e compreso l'Informativa qui sopra riportata, in ottemperanza alla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, il/la sottoscritto/a esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali anche particolari necessari per il perseguimento delle finalità istituzionali dell' EnBiLaIF nonché per la realizzazione delle attività descritte nell'informativa con particolare riguardo alla loro comunicazione all'istituto di credito per la liquidazione dei contributi e per le altre comunicazioni per le attività istituzionali svolte dall'Ente. Esprime altresì il consenso per la comunicazione e diffusione dei dati a soggetti terzi appartenenti alle categorie individuate nella suddetta informativa. Esprime infine esplicito consenso per il trattamento dei dati personali ritenuti "sensibili" nell'ambito delle finalità e secondo le modalità indicate nell'informativa, avendo avuto conoscenza che i dati medesimi possono rientrare nell'ambito di tale categoria.

Cognome e Nome del lavoratore/ della lavoratrice (in stampatello)

[] ACCONSENTO [] NON ACCONSENTO al trattamento.

In mancanza di tale consenso espresso, l'Ente non potrà dare esecuzione alla richiesta formulata.

Luogo e data _____

IL LAVORATORE (firma)

.....

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Data ricezione domanda _____ Prot. n° _____

STATUS PRATICA

☐ Pratica in esame Comitato del _____

☐ _____

Domanda approvata per il pagamento dal Comitato di Gestione in data _____ ed in attesa di liquidazione.

Salerno, lì _____

Il Presidente _____