

**ALLEGATI
MODULISTICA VARIA**

EN.BILA.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):

Operaio a tempo indeterminato (fisso)

Con la seguente qualifica:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> comune | <input type="checkbox"/> specializzato |
| <input type="checkbox"/> qualificato | <input type="checkbox"/> specializzato super |
| <input type="checkbox"/> qualificato super | |

Operaio a tempo determinato (avventizio)

Con la seguente qualifica:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> comune | <input type="checkbox"/> specializzato |
| <input type="checkbox"/> qualificato | <input type="checkbox"/> specializzato super |
| <input type="checkbox"/> qualificato super | |

Impiegato forestale

Con la seguente qualifica:

1. 2. 3. 4. 5. 6.

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 CONSENTO

AFFINCHÉ L'ENTE POSSA TRATTARE I SUOI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE CONSENTO 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 _____