

Provvidenza L-APA	<input type="checkbox"/> Euro 300,00 <input type="checkbox"/> Euro 500,00	Maturazione 10 anni ANZIANITA' AZIENDALE Maturazione 20 anni ANZIANITA' AZIENDALE	Assunto il _____
Provvidenza L-SCU	<input type="checkbox"/> Euro 100,00 <input type="checkbox"/> Euro 100,00 <input type="checkbox"/> Euro 100,00 <input type="checkbox"/> Euro 100,00 <input type="checkbox"/> Euro 200,00 <input type="checkbox"/> Euro 200,00 <input type="checkbox"/> Euro 200,00 <input type="checkbox"/> Euro 300,00	Frequenza con promozione PRIMO ANNO Scuola Elementare/Media Inferiore/Media Superiore Frequenza con promozione SECONDO ANNO Scuola Elementare/Media Inferiore/Media Superiore Frequenza con promozione TERZO ANNO Scuola Elementare/ Media Superiore Frequenza con promozione QUARTO ANNO Scuola Elementare/Media Superiore Frequenza QUINTO ANNO Scuola Elementare conclusione percorso scolastico Frequenza TERZO ANNO Scuola Media Inferiore con conseguimento licenza Frequenza TERZO ANNO Corso Professionale triennale con conseguimento Qualifica Frequenza QUINTO ANNO Media Superiore con conseguimento Diploma	
Anno 20___ / 20___			
Provvidenza L-ASI	<input type="checkbox"/> Euro 350,00 <input type="checkbox"/> Euro 500,00	Partecipazione ASILO - Sussidio annuo Partecipazione ASILO - Sussidio annuo per famiglia monoparentale	
Provvidenza L-BDS	<input type="checkbox"/> Euro 500,00 <input type="checkbox"/> Euro 900,00	Conseguimento laurea breve Conseguimento laurea magistrale/specialistica	
Anno solare 20_____			
		Nel caso di tesi che trattino temi del settore la borsa di studio è incrementata nella seguente misura:	
	<input type="checkbox"/> Euro 800,00 <input type="checkbox"/> Euro 1.200,00	Conseguimento laurea breve Conseguimento laurea magistrale/specialistica	
Provvidenza L-TRA	<input type="checkbox"/> Euro 75,00 <input type="checkbox"/> Euro 150,00	Utilizzo mezzi pubblici per almeno 6 mesi nell'anno solare Utilizzo mezzi pubblici per almeno 10 mesi nell'anno solare	
Anno solare _____			
Provvidenza L-DEC	<input type="checkbox"/> Euro 1.000,00	Sussidio alla famiglia per decesso lavoratore Familiare richiedente (dati completi nella pagina anagrafica _____)	
Provvidenza L-CGS	<input type="checkbox"/>	Richiesta per CASI GRAVI E STRAORDINARI - Motivazione sintetica (eventualmente integrabile con lettera allegata): _____ _____	
Anno solare 20_____			
Allegati:			
<input type="checkbox"/>	Certificato di stato famiglia od autocertificazione	<input type="checkbox"/>	Ricevute rette asilo nido n° _____
<input type="checkbox"/>	Attestazione frequenza ed attestato di promozione anno scolastico	<input type="checkbox"/>	Ricevute abbonamenti fogli n° _____
<input type="checkbox"/>	Documentazione attestante il conseguimento della laurea/diploma	<input type="checkbox"/>	Certificato Licenza media o Diploma o Qualifica
<input type="checkbox"/>	Dichiarazione sostitutiva atto notorio uso successione	<input type="checkbox"/>	Tesi su supporto cartaceo
		<input type="checkbox"/>	Tesi su supporto digitale
		<input type="checkbox"/>	eventuale integrazione richiesta per CASI GRAVI E STRAORDINARI fogli n° _____

Dichiarazione Sostitutiva di atto di notorietà per la richiesta di sussidio ad EBIPAL

(i dati della presente dichiarazione possono essere sottoposti a verifica da parte di EBIPAL)

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, di aver preso visione dei regolamenti EBIPAL, delle condizioni generali e particolari per la richiesta di rimborso sopra esposta confermando inoltre che corrispondono al vero i dati e le informazioni contenuti nel presente modulo e nei suoi allegati.

Luogo e data _____ FIRMA LAVORATORE _____

Spazio riservato per consegna pratica presso sedi sindacali

Consegna modulo richiesta provvidenza, con documentazione allegata, presso sede della FAI-CISL FLAI-CGIL UILA-UIL di _____

_____, dal delegato/a sig./a: _____

che attesta l'autenticità della firma apposta in sua presenza dal dichiarante, la cui identità è comprovata da conoscenza personale dell'autenticatore, oppure, previa esibizione del documento di riconoscimento: Carta di Identità Passaporto Patente guida

altro _____ rilasciato da _____ il _____,

Luogo e data _____ Timbro e firma Federazione _____

Spazio riservato all'amministrazione EBIPAL

Protocollo [_____] data Ricezione [_____] data Spedizione postale [_____] Anno competenza [_____]

Codice Azienda [_____] Verifica regolarità versamenti SI NO Verifica requisiti SI NO

Allegati presenti/completi [_____]

Data eventuale sospensione [_____] Motivazioni [_____]

Esito Finale [_____] Controllo effettuato da [_____] il [_____]

Note _____

Tipologia rimborso		<input type="checkbox"/> RIMBORSO COMPLETO	<input type="checkbox"/> ANTICIPAZIONE/ACCONTO (minimo bimensile) N° _____	<input type="checkbox"/> SALDO
Provvidenza L-SOR	<input type="checkbox"/> Euro 200,00 mensili per sospensione attività lavorativa per n° mesi _____ con intervento <input type="checkbox"/> CIGO-Cassa Integrazione Ordinaria <input type="checkbox"/> CIGS-Cassa Integrazione Straordinaria <input type="checkbox"/> CIG in deroga Intervento aziendale Cassa Integrazione, periodo dal _____ al _____ per dipendenti n° _____ Sospensione effettiva del lavoratore nei mesi: Anno solare 20____ 1° _____ x ore _____, 2° _____ x ore _____, 3° _____ x ore _____ 4° _____ x ore _____, 5° _____ x ore _____			
Provvidenza L-CSO	<input type="checkbox"/> 50% retribuzione contrattuale persa per gestione Contratto di Solidarietà aziendale Durata Contratto di Solidarietà aziendale, periodo dal _____ al _____ per dipendenti n° _____ Sospensione effettiva del lavoratore nei mesi: <input type="checkbox"/> Gennaio x ore _____ <input type="checkbox"/> Febbraio x ore _____ <input type="checkbox"/> Marzo x ore _____ <input type="checkbox"/> Aprile x ore _____ <input type="checkbox"/> Maggio x ore _____ <input type="checkbox"/> Giugno x ore _____ <input type="checkbox"/> Luglio x ore _____ <input type="checkbox"/> Agosto x ore _____ <input type="checkbox"/> Settembre x ore _____ <input type="checkbox"/> Ottobre x ore _____ <input type="checkbox"/> Novembre x ore _____ <input type="checkbox"/> Dicembre x ore _____ Indicare quante ore di sospensione nelle prime 3 settimane _____			
Provvidenza L-IAL	<input type="checkbox"/> 20% retribuzione contrattuale persa per interruzione attività lavorativa senza ammortizzatori (massimo 90gg) Durata interruzione attività aziendale, periodo dal _____ al _____ per dipendenti n° _____ Sospensione effettiva del lavoratore nei mesi: Anno solare 20____ 1° mese _____ x ore _____, 2° mese _____ x ore _____ 3° mese _____ x ore _____, 4° _____ x ore _____ <input type="checkbox"/> 80% retribuzione contrattuale persa per interruzione attività lavorativa senza accesso a disoccupazione INPS			
Provvidenza L-APD	<input type="checkbox"/> Euro 110,00 settimanali per licenziamento senza intervento ammortizzatori per n° settimane (massimo 20 sett.) <input type="checkbox"/> Euro 80,00 settimanali per apprendisti sospensione attività lavorativa per n° settimane (massimo 20 sett.) Anno solare 20____ Durata periodo di disoccupazione per cui si chiede sussidio: dal _____ al _____ per n° settimane _____			

Autocertificazione stato e permanenza disoccupazione (per IAL e APD)

Inizio stato disoccupazione _____ Diritto alla percezione della Disoccupazione Ordinaria o Req.Ridotti SI NO
 Eventuale Indennità Disoccupazione percepita dal _____ al _____ per n° gg. _____

ALLEGATI:

- Copia del Contratto di Solidarietà aziendale Copia accordo d'interruzione attività lavorativa, senza intervento ammortizzatori sociali
- Copia accordo aziendale di riduzione personale Lettera licenziamento collettivo Lettera di licenziamento individuale
- Autocertificazione stato e permanenza disoccupazione

Dichiarazione Sostitutiva di atto di notorietà per la richiesta di sussidio ad EBIPAL

(i dati della presente dichiarazione possono essere sottoposti a verifica da parte di EBIPAL)

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, di aver preso visione dei regolamenti EBIPAL, delle condizioni generali e particolari per la richiesta di rimborso sopra esposta confermando inoltre che corrispondono al vero i dati e le informazioni contenuti nel presente modulo e nei suoi allegati.

Luogo e data _____ FIRMA LAVORATORE _____

Spazio riservato per consegna pratica presso sedi sindacali

Consegna modulo richiesta provvidenza, con documentazione allegata, presso sede della FAI-CISL FLAI-CGIL UILA-UIL di _____, dal delegato/a sig./a: _____

che attesta l'autenticità della firma apposta in sua presenza dal dichiarante, la cui identità è comprovata da conoscenza personale dell'autenticatore oppure, previa esibizione del documento di riconoscimento: Carta di Identità Passaporto Patente guida

altro _____ rilasciato da _____ il _____,

Luogo e data _____ Timbro e firma Federazione _____

Spazio riservato all'amministrazione EBIPAL

Protocollo [_____] data Ricezione [_____] data Spedizione postale [_____] Anno competenza [_____]

Codice Azienda [_____] Verifica regolarità versamenti SI NO Verifica requisiti SI NO

Allegati presenti/completi [_____]

Data eventuale sospensione [_____] Motivazioni [_____]

Esito Finale [_____] Controllo effettuato da [_____] il [_____]

Note _____

