

Provvidenza L-APA	<input type="checkbox"/> Euro 390,00 <input type="checkbox"/> Euro 650,00	Maturazione 10 anni ANZIANITA' AZIENDALE Maturazione 20 anni ANZIANITA' AZIENDALE	Assunto il _____
Provvidenza L-SCU Anno 20___ / 20___	<input type="checkbox"/> Euro 130,00 <input type="checkbox"/> Euro 130,00 <input type="checkbox"/> Euro 130,00 <input type="checkbox"/> Euro 130,00 <input type="checkbox"/> Euro 260,00 <input type="checkbox"/> Euro 260,00 <input type="checkbox"/> Euro 260,00 <input type="checkbox"/> Euro 390,00	Frequenza con promozione PRIMO ANNO Scuola Primaria/Secondaria 1° e 2° grado Frequenza con promozione SECONDO ANNO Scuola Primaria/Secondaria 1° e 2° grado Frequenza con promozione TERZO ANNO Scuola Primaria/Secondaria 1° e 2° grado Frequenza con promozione QUARTO ANNO Scuola Primaria/Secondaria 1° e 2° grado Frequenza QUINTO ANNO Scuola Primaria conclusione percorso scolastico Frequenza TERZO ANNO Scuola Secondaria 1° grado con conseguimento licenza Frequenza TERZO ANNO Corso Professionale (Secondaria 2° grado) con conseguimento qualifica Frequenza QUINTO ANNO Scuola Secondaria di 2° grado con conseguimento diploma	
Provvidenza L-ASI Anno 20___ / 20___	<input type="checkbox"/> Euro 455,00 <input type="checkbox"/> Euro 650,00	Partecipazione ASILO - Sussidio annuo Partecipazione ASILO - Sussidio annuo per famiglia monoparentale	
Provvidenza L-BDS Anno solare 20_____	<input type="checkbox"/> Euro 650,00 <input type="checkbox"/> Euro 1.170,00	Conseguimento laurea breve Conseguimento laurea magistrale/specialistica	
		Nel caso di tesi che trattino temi del settore la borsa di studio è incrementata nella seguente misura: <input type="checkbox"/> Euro 1.040,00 Conseguimento laurea breve <input type="checkbox"/> Euro 1.560,00 Conseguimento laurea magistrale/specialistica	
Provvidenza L-TRA Anno solare _____	<input type="checkbox"/> Euro 98,00 <input type="checkbox"/> Euro 196,00	Utilizzo mezzi pubblici per almeno 6 mesi nell'anno solare Utilizzo mezzi pubblici per almeno 10 mesi nell'anno solare	
Provvidenza L-DEC	<input type="checkbox"/> Euro 1.600,00	Sussidio alla famiglia per decesso lavoratore Familiare richiedente (dati completi nella pagina anagrafica _____)	
Provvidenza L-CGS Anno solare 20_____	<input type="checkbox"/>	Richiesta per CASI GRAVI E STRAORDINARI - Motivazione sintetica (eventualmente integrabile con lettera allegata): _____ _____	
Allegati:			
<input type="checkbox"/> Certificato di stato famiglia od autocertificazione <input type="checkbox"/> Ricevute rette asilo nido n° _____ <input type="checkbox"/> Ricevute abbonamenti fogli n° _____ <input type="checkbox"/> Attestazione frequenza ed attestato di promozione anno scolastico <input type="checkbox"/> Certificato Licenza media o Diploma o Qualifica <input type="checkbox"/> Documentazione attestante il conseguimento della laurea/diploma <input type="checkbox"/> Tesi su supporto cartaceo <input type="checkbox"/> Tesi su supporto digitale <input type="checkbox"/> Dichiarazione sostitutiva atto notorio uso successione <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 260,00 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 143,00 settimanali per licenziamento senza intervento ammortizzatori per n° settimane (massimo 20 sett.) <input type="checkbox"/> Euro 104,00 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 _____

