



Spett. Ente Bilaterale Provinciale
Commercio Turismo e Servizi
 Piazza dei Martiri, 16
 32100 Belluno

Oggetto: **Sussidio L / 4- Contributo spese sanitarie per figli disabili**

Il/la sottoscritto/a.....
 cod. fisc. nato/a a
 il residente a
 cap via
 telefono.....Faxe-mail
in servizio - ex dipendente Ditta.....
 con sede invia.....

c h i e d e

a codesto spett. Ente il pagamento del **Sussidio L / 4 - "contributo spese sanitarie per figli disabili"** quale concorso spese per l'anno

Estremi del conto corrente per eventuale liquidazione del contributo tramite bonifico bancario:

BANCA **FILIALE**
IBAN

a tale scopo allega la seguente documentazione:

- a) autocertificazione dello stato di famiglia;
- b) certificazione medica del disabile rilasciata da Ente Pubblico;
- c) copia delle ultime sei buste paga precedenti alla data della domanda
- d) autocertificazione spese sostenute .

Informativa sulla Privacy

*Il sottoscritto autorizza l'ENTE BILATERALE della Provincia di Belluno, Settori Commercio-Turismo e Servizi, al trattamento dei propri dati personali anche sensibili ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 196/2003 forniti nei limiti e per le sole finalità previste dallo stesso Ente.
 Autorizzo inoltre l'ENTE BILATERALE di Belluno, Settori Commercio- Turismo e Servizi ad inviargli comunicazioni scritte/telefoniche relative ad iniziative e servizi proposti dal medesimo Ente e/o da strutture ad esso collegate.*

Data, Firma

Spazio riservato all' Ente Bilaterale della Provincia di Belluno

protocollo:

Verificata l'adesione dell 'Azienda , il regolare versamento delle quote dovute all' Ente e la documentazione allegata

importo totale liquidato €(Euro)

note:

p. L' Ente Bilaterale della Provincia di Belluno

Data

Spett.le **Ente Bilaterale Provinciale**
Commercio-Turismo e Servizi
Piazza dei Martiri, 16
32100 Belluno

AUTOCERTIFICAZIONE

(Art. 2 L. 4 gennaio 1968 n. 15, art. 3, comma 10, L. 15 marzo 1997 n. 127, art. 1 Dpr 20 ottobre 1998 n. 403)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Il _____ domiciliato a _____ in via _____ n. _____
Genitore di _____ nato/a a _____ il _____

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA' :

Di avere nell'anno in corso, sostenuto spese per un'ammontare pari a €....., che il/la figlio/a è a carico non avendo un reddito superiore a 2.840,51 €.

Sono consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione procedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

Sono a conoscenza che la mancata accettazione della presente dichiarazione, quando le norme di legge o di regolamento ne consentono la presentazione, costituisce violazione dei doveri d'ufficio.

Sono a conoscenza che il trattamento dei dati personali di cui al Decreto Legislativo 30 giugno n. 196 (Legge sulla Privacy), avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di Legge.

Letto, confermato e sottoscritto il _____

II DICHIARANTE

LA FIRMA NON DEVE ESSERE AUTENTICATA

(Art. 2 L. 4 gennaio 1968 n. 15, art. 3, comma 10, L. 15 maggio 1997 n. 127)

REGOLAMENTO

SETTORI COMMERCIO – TURISMO e SERVIZI

SUSSIDIO L/4 – Spese sanitarie per figli disabili

Ai/Alle Lavoratori/trici dipendenti da Aziende dei settori Commercio-Turismo e Servizi, aderenti all'Ente Bilaterale di Belluno ed in regola con il versamento delle quote contributive da almeno sei mesi che abbiano un/una figlio/a disabile, **sarà riconosciuto un contributo annuo massimo pari a € 300 (Euro trecento)** quale concorso spese per l'assistenza allo stesso.

Il contributo sarà concesso:

- **una sola volta nell'arco dell'anno (1/1 – 31/12);**
- **nei riguardi di uno solo dei genitori, nel in caso in cui, entrambi, versino le quote all'Ente Bilaterale (la domanda di richiesta del contributo dovrà essere inoltrata, quindi, da un solo genitore);**
- **purché il figlio disabile sia a carico di un genitore nell'anno cui si riferisce il contributo;**

alle seguenti condizioni:

Contribuzione.

Il Lavoratore richiedente deve risultare in regola con il versamento delle quote contributive da almeno sei mesi prima dalla data della domanda da presentarsi tramite apposito modulo. Presentazione richiesta entro il 31/12 dell'anno di riferimento.

Documentazione.

Alla richiesta dovrà essere unita la seguente documentazione:

- **autocertificazione dello stato di famiglia;**
- **certificazione medica della persona disabile rilasciata da Ente Pubblico;**
- **copia delle buste paga degli ultimi sei mesi precedenti la richiesta;**
- **Autocertificazione di spese sostenute, e dichiarazione che il/la figlio/a è a carico non avendo un reddito superiore a 2840,51 (come previsto dalle leggi in materia).**

N.B : L'Ente, a suo insindacabile giudizio, potrà in qualsiasi momento sospendere, modificare o annullare, l'erogazione dei servizi: sussidi ai lavoratori e contributi alle imprese, in relazione agli impegni di spesa che saranno valutati compatibilmente con le disponibilità economiche e patrimoniali dell'Ente nonché nei limiti degli stanziamenti che per gli stessi titoli saranno deliberati di anno in anno dal Consiglio Direttivo.