

SUSSIDIO PER FIGLI DISABILI A CARICO
(scheda lavoratori)

Il/La sottoscritto/a

C.F.....nato ail.....

Residente a

capviatel.....

in servizio presso la ditta.....

esercente l'attività.....

con sede a.....via.....

**il pagamento del sussidio sarà effettuato mediante bonifico bancario. Si prega
indicare il proprio codice IBAN _____**

CHIEDE

A questo spettabile Ente il pagamento del "sussidio per figli disabili a carico".

a tale scopo allega la seguente documentazione:

- Stato di famiglia
- Certificazione medica (L.104/92 – 68/99) della persona disabile rilasciata da ente pubblico
- Copie buste paga ultimi tre mesi

Data.....

firma.....

Spazio riservato all'Ente Bilaterale

Domanda pervenuta in data.....
Esito della domanda Verificata l'adesione dell'azienda, il regolare versamento delle quote dovute all'Ente e la documentazione allegata. <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Accolta<input type="checkbox"/> Respinta<input type="checkbox"/> Sospesa
Importo totale liquidato €.....
Data..... (firma Leg. Rappr. Ente Bilaterale.....)

ENTE BILATERALE TERRITORIALE DEL TERZIARIO DELLA PROVINCIA DI CREMONA
"E.B.T. TERZIARIO"

Ente costituito da Confcommercio Cremona – Filcams Cgil – Fisascat Cisl – Uiltucs Uil
Via Manzoni 2 – 26100 Cremona tel. 0372/567611 fax 0372/567630 - c.f. 93037490195