

CONTRIBUTO IN CASO DI MALATTIA OLTRE IL 180° GIORNO

DESTINATARI

Lavoratori dipendenti iscritti agli Enti Bilaterali del Turismo della provincia di Como in malattia oltre il 180° giorno.

IMPORTO DEL CONTRIBUTO

Euro 15,00 al giorno per un massimo di 60 giorni in caso di contratto full time, oppure euro 7,50 al giorno in caso di part time - erogazione "una tantum" fruibile una sola volta senza ripetizioni.

REQUISITI DI AMMISSIBILITA'

Astensione dal lavoro per malattia oltre il 180° giorno (ai sensi del CCNL vigente).

Presentazione della domanda prima della cessazione del periodo di aspettativa dovuta a malattia.

Reddito familiare ISEE del richiedente non superiore a euro 40.000,00/anno.

TERMINE DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Entro il termine del periodo di aspettativa.

CONDIZIONI GENERALI

- Per beneficiare del contributo l'azienda di appartenenza del richiedente deve essere iscritta agli Enti Bilaterali del Turismo della provincia di Como ed essere in regola con il versamento dei contributi dovuti, riferiti ad almeno i dodici mesi precedenti la data di presentazione della domanda.
- L'evasione delle domande avviene seguendo l'ordine cronologico di presentazione, fino ad esaurimento delle risorse.
- In caso di richiesta di più prestazioni da parte di uno stesso lavoratore non saranno accettate più di tre domande all'anno e il relativo contributo massimo annuo erogabile non potrà superare l'importo di euro 1.000,00.
- Le domande devono essere compilate in ogni parte, firmate dal richiedente e munite di tutti gli allegati richiesti. Domande incomplete non saranno accettate.
- Le istanze potranno essere presentate nei seguenti modi: via e-mail info@entibilateralicomo.it, tramite pec entibilateralicomo@legalmail.it o presentate direttamente agli sportelli territoriali sindacali (sedi indicate sul sito).

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- documentazione attestante lo stato di malattia oltre il 180° giorno e la relativa durata
- copia della richiesta di aspettativa non retribuita per malattia
- copia della carta d'identità personale e del codice fiscale del richiedente
- copia degli ultimi tre prospetti paga percepiti dal richiedente
- copia dell'attestazione ISEE del nucleo familiare del richiedente

CONTRIBUTO IN CASO DI MALATTIA OLTRE IL 180° GIORNO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

cognome e nome _____

residente in _____ prov. _____

via _____ n. _____ telefono _____

e-mail _____ pec _____

IN QUALITA' DI DIPENDENTE DELLA DITTA / SOCIETA'

ragione sociale _____

con sede legale in _____ prov _____

via _____ n° _____

codice fiscale _____ telefono _____

fax _____ e-mail _____

PRESENTA DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI

☐ contributo previsto in caso di malattia oltre il 180° giorno.

A tal fine allega:

- copia della carta d'identità personale e del codice fiscale;
- copia di documentazione attestante lo stato di malattia oltre il 180° giorno;
- copia della richiesta di aspettativa non retribuita per malattia;
- copia degli ultimi tre prospetti paga percepiti;
- copia dell'attestazione ISEE del nucleo familiare del richiedente.

MODALITA' DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

Si chiede che in caso di accettazione della domanda il contributo sia erogato tramite

☐ BONIFICO BANCARIO BANCA _____

IBAN _____

INTESTATARIO _____

DATA _____

LOCALITA' _____ FIRMA LEGGIBILE _____

Informativa sintetica per il trattamento dei dati personali - art.13 Reg. UE 2016/679

I Suoi dati personali sono da noi trattati per comunicare con Lei ed erogare il contributo richiesto, in modo conforme alla normativa vigente e alla nostra Privacy Policy, che La invitiamo a consultare all'indirizzo www.entibilateralicomo.it. Il conferimento dei dati è facoltativo; tuttavia in mancanza di consenso al trattamento, non ci sarà possibile erogare il contributo richiesto.

I suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione. Potranno essere comunicati ad amministrazioni, organismi ed Enti Pubblici, in ragione di espressioni normative (es. Agenzia delle Entrate) e a professionisti o aziende nostri fornitori o consulenti, al fine di erogare il contributo richiesto e adempiere ai vigenti obblighi amministrativi, contabili, fiscali. Saranno conservati per il tempo strettamente necessario a dare esecuzione all'erogazione richiesta e adempiere gli obblighi di legge correlati e, in caso di suo consenso, per i cinque anni successivi. Eventuali dati particolari (sensibili) da lei riportati saranno trattati con consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche al fine di fornire specifici beni, prestazioni o servizi, ai sensi dell'art 9 comma 2 lett. a) del RGPD 679/2016. I dati personali non saranno oggetto di trasferimento al di fuori dell'UE, nel rispetto del Capo V del Regolamento Europeo 679/2016. Per qualsiasi ulteriore informazione potrà rivolgersi al Titolare del Trattamento, a seconda della scelta pertinente, Ente Bilaterale del Terziario di Como oppure Ente Bilaterale del Turismo della provincia di Como – via Ballarini 12 - 22100 Como – tel. 031 2441 – e-mail: info@entibilateralicomo.it o al Responsabile per la Protezione dei Dati Personali Sig. Massimo Bruno contattabile agli stessi riferimenti. A tali soggetti Lei potrà rivolgersi in qualsiasi momento per esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento ex Capo III RGPD 679/2016, in particolare il diritto di chiedere conferma dell'esistenza di dati personali e di accedervi, il diritto di chiederne l'integrazione, la rettifica, l'aggiornamento, la cancellazione, il diritto di opporsi al loro trattamento o di limitarlo per motivi legittimi, nonché il diritto di chiederne copia in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da un dispositivo automatico. Lei ha altresì il diritto di revocare il consenso prestato in qualsiasi momento, senza che ciò rechi pregiudizio alla liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. È possibile inoltre, presentare un reclamo all'autorità Garante della Privacy ai sensi degli Artt. 77 e ss Capo VIII del RGPD 679/2016.

Consenso informato

Il/La sottoscritto/a, _____, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento, in qualità di interessato:

per la rilevazione e trattamento di dati particolari / sensibili ☐ Presta il consenso ☐ Nega il consenso

per la conservazione dei dati per 5 anni a partire dalla data di ricevimento ☐ Presta il consenso ☐ Nega il consenso

dell'erogazione richiesta

Data ____/____/____

FIRMA LEGGIBILE _____