Ente Bilaterale Provinciale *Commercio*

**PROTOCOLLO N°_____ | 2026**

## OGGETTO: RICHIESTA DI SUSSIDIO 9 – MALATTIA

*Nel caso di fruizione del periodo di aspettativa non retribuita per superamento periodo di comporto, ai sensi del CCNL di riferimento, non indennizzata dall'INPS o dall'Azienda, sarà riconosciuto un importo giornaliero pari al 100% della normale retribuzione, per non più di 15 giorni lavorativi, fino al raggiungimento del massimale previsto. - Per i PART-TIME gli importi sono rapportati agli orari.*

| Contratto a tempo DETERM. e INDETERM. | Contratto STAGIONALE | Contratto a CHIAMATA |
|---|---|---|
| • ☐ Tempo Pieno | • ☐ Tempo Pieno | • ☐ da 30 a 59 gg. |
| • ☐ Part Time | • ☐ Part Time | • ☐ da 60 a 89 gg. |
| | | • ☐ più di 90 gg. |

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

Via _____ n° _____ CAP _____

Tel. richiedente _____ Email _____

| Cod. IBAN: | I | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Dipendente della Ditta:

_____

sita in _____ Via _____ n° _____

Essendo in regola con il versamento delle quote contributive da almeno 6 mesi prima della data della domanda.

**CHIEDE**

La concessione del sussidio in oggetto e a tal fine allega la documentazione riguardante la relativa richiesta

Allegati:

- Copia dell'ultima busta paga.
- Certificato del Medico curante

La presente richiesta è stata presentata in data _____

IMPORTANTE:

*È fatto divieto richiedere il rimborso per la stessa fattura contemporaneamente a più Fondi Assistenziali.*
*Ai fini fiscali, qualora ci siano le condizioni, la detrazione è possibile soltanto per la parte eccedente il sussidio ricevuto.*
*I documenti che vengono quindi allegati alla presente richiesta di sussidio devono rispettare scrupolosamente quanto sopra specificato.*

Firma del dipendente

_____