Ente Bilaterale Provinciale *Commercio*

PROTOCOLLO N°_____ | 2026

OGGETTO: RICHIESTA DI SUSSIDIO 10 - FIGLI DISABILI

Ai lavoratori che abbiano un figlio disabile, sarà riconosciuto un contributo fino al raggiungimento del massimale previsto, come rimborso per spese che documentino l'assistenza. - 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 seguente documentazione:

- Stato di famiglia o Autocertificazione
- Certificazione medica della persona disabile rilasciata da Ente Pubblico
- Documentazione della spesa sostenuta per il disabile
- Copia dell'ultima busta paga

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

_____