Ente Bilaterale Provinciale *Commercio*

**PROTOCOLLO N°_____ | 2026**

**OGGETTO: RICHIESTA DI SUSSIDIO 11 – ATTIVITA' SPORTIVA E RIABILITATIVA**

*Ai lavoratori verrà riconosciuto un contributo annuo fino al raggiungimento del massimale previsto, per l'iscrizione a centri sportivi, palestre, fisioterapia, centri di cura e riabilitazione. - 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:

- Certificazione di iscrizione a centri sportivi, palestre, fisioterapia, centri di cura e riabilitazione
- Certificazione medica relativa
- Fattura o ricevuta fiscale relativa alla spesa sostenuta
- 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

_____