MODULI PER RICHIESTE SUSSIDI

ENTE BILATERALE PROVINCIALE COMMERCIO

2026

Ente
Bilaterale
Provinciale
Commercio

La richiesta può essere inoltrata

dal **01.01.2026** al **31.12.2026**

Ente
Bilaterale
Provinciale
Commercio

PROTOCOLLO N°_____ | 2026

OGGETTO: RICHIESTA DI SUSSIDIO 1 - PREMIO DI NATALITA' E ADOZIONE

Per la nascita del/la figlio/a o all'ingresso del/la bambino/a in famiglia sarà corrisposto al lavoratore a titolo di "Premio di Natalità e adozione" un importo pari al massimale previsto.

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 dalla data di astensione obbligatoria dal lavoro per gravidanza.

CHIEDE

La concessione del sussidio in oggetto e a tal fine allega la seguente documentazione:

- Copia dell'ultima buste paga precedente l'assenza obbligatoria per gravidanza
- Stato di famiglia aggiornato (*autocertificazione*)
- Documento che certifichi l'entrata in famiglia del figlio.

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

_____

Ente Bilaterale Provinciale Commercio
ebcommercio@pec.it
c.f. 92013730418
Strada delle Marche, 58/60
61122 Pesaro

Tel. 0721 34010
www.ebctpesaro.it
info@ebctpesaro.it

Ente
Bilaterale
Provinciale
Commercio

PROTOCOLLO N°_____ | 2026

OGGETTO: RICHIESTA DI SUSSIDIO 2 - PERMESSI MALATTIA PER FIGLI

Ai lavoratori con figli di età da 0 a 12 anni in caso di malattia, verrà riconosciuto, previa presentazione di certificato pediatrico, una diaria giornaliera di € 40, fino al raggiungimento del massimale previsto. La domanda dovrà essere presentata con un'unica richiesta cumulativa, documentando l'evento o i vari eventi di malattia presentando busta paga che certifichi le giornate di assenza, l'importo pagato dalla Azienda, la richiesta di permessi non retribuiti al datore di lavoro e il certificato del Medico Pediatra. - 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 di contribuzione da almeno 6 mesi.

CHIEDE

La concessione del sussidio in oggetto e a tal fine allega la seguente documentazione

- Certificazione medica del Pediatra
- Stato di famiglia aggiornato (autocertificazione)
- Copia dell'ultima buste paga precedenti alla data della spesa

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

_____

Ente Bilaterale Provinciale Commercio
ebcommercio@pec.it
c.f. 92013730418
Strada delle Marche, 58/60
61122 Pesaro

Tel. 0721 34010
www.ebctpesaro.it
info@ebctpesaro.it

Ente
Bilaterale
Provinciale
Commercio

PROTOCOLLO N°_____ | 2026

OGGETTO: RICHIESTA DI SUSSIDIO 3 - TASSE UNIVERSITARIE

Ai lavoratori e ai loro figli, verrà riconosciuto un contributo per le tasse universitarie fino al raggiungimento del massimale previsto, esclusi fuori corso. - 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 di contribuzione da almeno 6 mesi

CHIEDE

La concessione del sussidio in oggetto e a tal fine allega la seguente documentazione:

- Certificazione di iscrizione universitaria, dove sia specificato che lo studente sia in corso
- Stato di famiglia aggiornato (autocertificazione)
- Documentazione della spesa sostenuta per le tasse universitarie
- 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

_____

Ente Bilaterale Provinciale Commercio
ebcommercio@pec.it
c.f. 92013730418
Strada delle Marche, 58/60
61122 Pesaro

Tel. 0721 34010
www.ebctpesaro.it
info@ebctpesaro.it

Ente
Bilaterale
Provinciale
Commercio

PROTOCOLLO N°_____ | 2026

OGGETTO: RICHIESTA DI SUSSIDIO 4 – ASILO NIDO

Ai lavoratori con figli di età inferiore ai 3 anni, verrà corrisposto un contributo all'iscrizione all'asilo nido o per la fruizione di altro analogo servizio pubblico o privato, 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° _____

CHIEDE

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

Allegati:

- Domanda di avvenuta iscrizione all'asilo e/o rinnovo per gli anni successivi.
- Stato di famiglia o Autocertificazione
- Copia dell'ultima busta paga
- Ricevuta di pagamento

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

_____

Ente
Bilaterale
Provinciale
Commercio

PROTOCOLLO N°_____ | 2026

OGGETTO: RICHIESTA DI SUSSIDIO 5 – CENTRO ESTIVO

Nel caso di fruizione di centri estivi o altre strutture analoghe organizzate da enti o Istituzioni autorizzate da parte di uno/a o più figli naturali e/o affidati e/o adottati, di età compresa tra i 4 e 14 anni compiuti, ai lavoratori sarà riconosciuto un importo giornaliero pari a Euro 12,00 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
- Stato di famiglia o Autocertificazione
- Documentazione dell'avvenuto pagamento, ***con la specifica dei giorni frequentati*** (*periodo dal – al*)

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

_____

Ente Bilaterale Provinciale Commercio
ebcommercio@pec.it
c.f. 92013730418
Strada delle Marche, 58/60
61122 Pesaro

Tel. 0721 34010
www.ebctpesaro.it
info@ebctpesaro.it

Ente
Bilaterale
Provinciale
Commercio

PROTOCOLLO N°_____ | 2026

OGGETTO: RICHIESTA DI SUSSIDIO 6 - ATTIVITA' SPORTIVA FIGLI (FINO A 18 ANNI)

Ai figli del lavoratore verrà riconosciuto un contributo per attività sportiva, 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 di contribuzione da almeno 6 mesi .

CHIEDE

La concessione del sussidio in oggetto e a tal fine allega la seguente documentazione:

- Certificazione di iscrizione ad attività sportiva
- Fattura o ricevuta fiscale relativa alla spesa sostenuta, a nome del lavoratore richiedente o del figlio.
- Stato di famiglia / Autocertificazione
- 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

_____

Ente Bilaterale Provinciale Commercio
ebcommercio@pec.it
c.f. 92013730418
Strada delle Marche, 58/60
61122 Pesaro

Tel. 0721 34010
www.ebctpesaro.it
info@ebctpesaro.it

Ente
Bilaterale
Provinciale
Commercio

PROTOCOLLO N°_____ | 2026

OGGETTO: RICHIESTA DI SUSSIDIO 7 – BUONO LIBRI

L'Ente Bilaterale erogherà un "Buono Libri", ai dipendenti o ai loro figli che frequentano le scuole medie superiori o corsi universitari, 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 di contribuzione da almeno 6 mesi prima della data della domanda, avendo figlio/a che frequenta la scuola media superiore (Licei, Istituti Tecnici, ecc.) .

CHIEDE

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

Allegati:

- Fattura o ricevuta fiscale, a nome del lavoratore richiedente o del figlio , con descrizione elenco libri acquistati (**NO SCONTRINO COMMERCIALE**)
- Iscrizione alla scuola superiore / corsi universitari
- Stato di famiglia / Autocertificazione
- 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

_____

Ente Bilaterale Provinciale Commercio
ebcommercio@pec.it
c.f. 92013730418
Strada delle Marche, 58/60
61122 Pesaro

Tel. 0721 34010
www.ebctpesaro.it
info@ebctpesaro.it

Ente
Bilaterale
Provinciale
Commercio

PROTOCOLLO N°_____ | 2026

OGGETTO: RICHIESTA DI SUSSIDIO 8 – TRASPORTO PUBBLICO

Ai lavoratori o ai loro figli, l'Ente Bilaterale riconoscerà un rimborso a parziale copertura dei costi sostenuti per un abbonamento a mezzo pubblico (treno o autobus) fino al raggiungimento del massimale previsto. - Per i PART-TIME gli importi sono rapportati agli orari. - 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 .

CHIEDE

La concessione del sussidio in oggetto e a tal fine allega la seguente documentazione:

- Stato di famiglia o Autocertificazione
- Ricevuta del pagamento dell'abbonamento, a nome del lavoratore richiedente o del figlio.
- 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

_____

Ente Bilaterale Provinciale Commercio
ebcommercio@pec.it
c.f. 92013730418
Strada delle Marche, 58/60
61122 Pesaro

Tel. 0721 34010
www.ebctpesaro.it
info@ebctpesaro.it

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

_____

Ente Bilaterale Provinciale Commercio
ebcommercio@pec.it
c.f. 92013730418
Strada delle Marche, 58/60
61122 Pesaro

Tel. 0721 34010
www.ebctpesaro.it
info@ebctpesaro.it

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

_____

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

_____

Ente Bilaterale Provinciale Commercio
ebcommercio@pec.it
c.f. 92013730418
Strada delle Marche, 58/60
61122 Pesaro

Tel. 0721 34010
www.ebctpesaro.it
info@ebctpesaro.it

Ente
Bilaterale
Provinciale
Commercio

PROTOCOLLO N°_____ | 2026

OGGETTO: RICHIESTA DI SUSSIDIO 12 - PRIMA CASA

In caso di sottoscrizione da parte del lavoratore di un Mutuo Ipotecario (anche cointestatario almeno per il 50%) di importo minimo di Euro 16.000,00 per l'acquisto, la costruzione o ristrutturazione della prima casa, l'Ente Bilaterale erogherà, un sussidio 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 seguente documentazione:

- Copia del contratto di Mutuo e dei dati catastali relativi al fabbricato (**evidenziare la parte nella quale si evince che è PRIMA CASA**)
- Copia della ultima dichiarazione redditi (mod.730 o 740)
- Copia delle buste paga degli ultimi sei mesi

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

_____

Ente Bilaterale Provinciale Commercio
ebcommercio@pec.it
c.f. 92013730418
Strada delle Marche, 58/60
61122 Pesaro

Tel. 0721 34010
www.ebctpesaro.it
info@ebctpesaro.it

Ente
Bilaterale
Provinciale
Commercio

PROTOCOLLO N°_____ | 2026

OGGETTO: RICHIESTA DI SUSSIDIO 13 – INTEGRAZIONE SALARIALE PER SOSPENSIONE ATTIVITA' LAVORATIVA

*Nei casi di crisi aziendale, ristrutturazione, fermo attività per causa di forza maggiore, ai lavoratori che risultano sospesi dal lavoro, **in mancanza di altri interventi di tutela del reddito**, viene corrisposta a domanda una indennità di Euro 15,00 giornaliere per un massimo di quattro settimane. Il lavoratore per avere diritto alla prestazione deve risultare iscritto all'Ente Bilaterale Commercio e avere versamenti effettivi da almeno un anno conteggiato dal momento in cui si è verificata la situazione di crisi, oggetto della presente prestazione. - 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 iscritto all'Ente Bilaterale Commercio da almeno 2 anni ed essendo in regola con il versamento delle quote di contribuzione da almeno 6 mesi dal momento in cui si è verificata la situazione di crisi

CHIEDE

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

Allegati:

- documentazione rilasciata dall'azienda che attesta i motivi e tempi della sospensione dell'attività lavorativa
- Copia dell'ultima busta paga

La presente richiesta è stata presentata in data _____

Firma del dipendente

_____

Ente Bilaterale Provinciale Commercio
ebcommercio@pec.it
c.f. 92013730418
Strada delle Marche, 58/60
61122 Pesaro

Tel. 0721 34010
www.ebctpesaro.it
info@ebctpesaro.it