

Spett.le

SERVIZIO AMM.NE DEL PERSONALE (714)
CA GROUP SOLUTIONS

OGGETTO: richiesta contributo annuale per familiari portatori di handicap.

Io sottoscritto/a _____ matr. _____

Dipendente di: CA Italia CA Group Solutions (solo se ex Cariparma)

in applicazione di quanto previsto dal Contratto Integrativo Aziendale, chiedo l'erogazione del contributo annuo previsto per il familiare sotto indicato, in quanto **fiscalmente a carico e portatore di handicap** ai sensi della legge n. 104 del 5/2/1992:

figlio/a _____
(cognome) (nome)

coniuge _____
(cognome) (nome)

NOTA BENE: il contributo per il **coniuge** è previsto solo per il personale appartenente alle aree professionali ed ai quadri direttivi di 1° e 2° livello.

Dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che il Servizio Amministrazione del Personale di CA Group Solutions potrà chiedere in qualunque momento eventuali documenti probatori delle condizioni di handicap dichiarate.

Infine, come disposto dal D.lgs 196/03, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano il familiare indicato che, se maggiorenne, sottoscrive ed autorizza il trattamento dei propri dati personali e sensibili per gli scopi qui indicati.

Data _____

Firma del dipendente _____
(firmare in modo leggibile)

Firma del familiare maggiorenne _____
(firmare in modo leggibile)