

**Ex Dipendenti di Cassa di Risparmio della Spezia S.p.A.**

Spett.le

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

**OGGETTO: richiesta contributo annuale per familiari portatori di handicap.**

**Io sottoscritto/a** \_\_\_\_\_ **matr.** \_\_\_\_\_

in applicazione di quanto previsto dall'Accordo Sindacale del 11/10/2012 e dall'Accordo Sindacale del 09/07/2019, 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:

**Dipendente già beneficiario del contributo alla data del 11/10/2012:**

**SI**

**NO**

<input type="checkbox"/> figlio/a _____ (cognome) _____ (nome) _____
<input type="checkbox"/> coniuge _____ (cognome) _____ (nome) _____

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)