

Ex Dipendenti di Cassa di Risparmio di Cesena S.p.A.

Spett.le

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

OGGETTO: richiesta contributo annuale per portatori di handicap relativo all'anno 20 **.**

Io sottoscritto/a _____ **matr.** _____

in applicazione di quanto previsto dal Contratto Integrativo Aziendale della Cassa di Risparmio di Cesena S.p.A. e dall'Accordo Sindacale del 25/05/2018, chiedo l'erogazione del contributo annuo per i portatori di handicap ai sensi della legge n. 104/92 art.3 comma 3:

Dipendente portatore di handicap

A tal fine dichiaro che il reddito familiare complessivo, utile per la corresponsione degli assegni familiare per l'anno in corso NON è stato superiore ai € 60.000,00.

Figlio/a o coniuge convivente _____
(cognome) (nome)

Dichiaro infine, che il familiare disabile:

Non è ricoverato in via permanente presso una struttura sanitaria.

È ricoverato in via permanente presso una struttura sanitaria

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 di quanto sopra dichiarato.

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)