

**Ex Dipendenti di Cassa di Risparmio di San Miniato 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 San Miniato S.p.A. e dall'Accordo Sindacale del 25/05/2018, chiedo l'erogazione del contributo annuo per i portatori di handicap<sup>1</sup>, per il seguente titolo:

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Dipendente portatore di handicap |
|---|

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> figlio/a _____<br>(cognome) _____ (nome) |
|---|

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> coniuge _____<br>(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 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)

<sup>1</sup> Si ricorda che per il contributo di cui in oggetto il requisito dell'handicap si intende soddisfatto in caso di handicap in situazione di gravità e/o totale inabilità al lavoro intendendosi come totale inabilità il requisito minimo previsto per l'accesso all'assegno ordinario di invalidità INPS (riduzione permanente a meno di un terzo della capacità di lavoro).