

RICHIESTA CONTRIBUTO di SOLIDARIETA'

Il/la sottoscritto/a C.F.

nato/a a il

conresidenza nel Comuni diCAP

prov. via, n.

dipendente dell'azienda

E-mail Telefono

RICHIEDE IL CONTRIBUTO DI SOLIDARIETA'

e a tal fine dichiara di essere stato posto in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria o in Fondo di Integrazione Salariale come da dichiarazione aziendale e cedolini paga allegati.

Inoltre, dichiara che il reddito derivante dal rapporto di lavoro in oggetto:

- checkbox costituisce l'unica fonte reddituale del proprio nucleo familiare, ai sensi e per gli effetti delle vigenti disposizioni fiscali;
checkbox NON costituisce l'unica fonte reddituale del proprio nucleo familiare, ai sensi e per gli effetti delle vigenti disposizioni fiscali;

(una persona si considera fisicamente a carico di un suo familiare quando dispone di un reddito complessivo uguale o inferiore a 2.840,51 euro, al lordo degli oneri deducibili. Solo per i figli di età non superiore a 24 anni, dal 1° gennaio 2019 questo limite è aumentato a 4.000 euro.)

Comunica che il CONTRIBUTO di SOLIDARIETA' dovrà essere pagato a mezzo bonifico bancario sul c/c IBAN

Table with 20 empty cells for IBAN entry

Il dichiarante attesta di essere a conoscenza del Regolamento EBINVIP ed è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000. Si allega alla presente informativa privacy ai sensi del DGPR 2016/679.

Data _____

_____ (firma leggibile)