RICHIESTA CONTRIBUTO di SOLIDARIETA'

Il/la sottoscritto/a …… C.F. ……

nato/a a …… il ……

con residenza nel Comune di ……CAP ……

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

(*una persona si considera fiscalmente 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

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)