



**Fondo Sostegno al Reddito E.BI.TER. - Contributo a favore di Lavoratori licenziati per giustificato motivo oggettivo. - Mod. FSR 1.1**

**(Punto 1 – accordo provinciale del 27 dicembre 2005)**

Fsr/n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Spett.le Comitato di Gestione E.BI.TER.  
- Fondo Sostegno al Reddito**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Domiciliato/a in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
dipendente dell'Impresa \_\_\_\_\_ con orario di lavoro  
full-time / part-time (cancellare la voce che non ricorre) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
in regola con i versamenti della quota di adesione E.BI.TER. da almeno tre mesi  
sita in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_ esercente l'attività di \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**chiede**

a seguito del licenziamento avvenuto in data \_\_\_\_\_ l'erogazione delle provvidenze di competenza E.BI.TER. Fondo Sostegno al Reddito per il seguente intervento:

**Contributo per i lavoratori licenziati per giustificato motivo oggettivo.**

A tal fine allega: autocertificazione attestante la mancata occupazione nelle quattro settimane (o minor periodo) per le quali è previsto il contributo; copia delle ultime tre buste paga; copia della lettera di licenziamento riportante la motivazione dell'interruzione del rapporto di lavoro.

Inoltre dichiara che, nel periodo cui si riferisce la richiesta di contributo, pena la restituzione di tutto quanto percepito a titolo di beneficio dall'E.BI.TER., Fondo Sostegno al Reddito, in caso di accertamento di situazione difforme, non ha trovato alcuna occupazione (autocertificazione).

**Chiede che il contributo stabilito venga:**

**accreditato** sul c/c \_\_\_\_\_ Banca \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ CIN \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_.

**Trasmesso**, a suo nome, tramite Vaglia Postale all'indirizzo: Via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

**N.B.: La presente richiesta va inoltrata trascorse quattro settimane dalla data di cessazione del rapporto di lavoro in cui il lavoratore deve risultare disoccupato e comunque, il termine massimo di presentazione della domanda all'E.BI.TER. è di novanta giorni dalla data di cessazione del rapporto di lavoro stesso.**

Li \_\_\_\_\_

Il lavoratore \_\_\_\_\_

(parte riservata all' E.BI.TER.)

Si approva il \_\_\_\_\_ importo lordo riconosciuto: € \_\_\_\_\_

Si respinge il \_\_\_\_\_

Pratica sospesa per: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ visto e timbro della Commissione Paritetica

Consenso rilasciato a E.BI.TER. per il trattamento dei dati ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in riferimento ai dati contenuti nel presente modulo, dichiara, ai sensi per gli effetti, degli articoli \_\_\_\_\_ del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003. di avere letto l'informativa fornita e acconsente alla raccolta, trattamento, comunicazione e diffusione dei dati stessi, eventualmente anche sensibili, da parte di E.BI.TER.

data

firma del lavoratore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_