

CHIEDE

l'erogazione dell'integrazione al reddito per la malattia di lunga durata, così come previsto dal Regolamento del Fondo Sostegno al Reddito 2026 al punto B.1.

A tale scopo allega:

- ☐ copia della documentazione medica da cui si evince esclusivamente la prognosi per la malattia e/o impossibilità a svolgere il proprio lavoro (i certificati devono coprire il periodo richiesto con la presente domanda di prestazione);
- ☐ dichiarazione delle giornate di malattia/impossibilità a svolgere l'attività lavorativa;
- ☐ qualora nel sistema informativo EBNA non risulti la regolarità contributiva, l'azienda dovrà produrre copia degli F24 mancanti per la verifica della posizione e regolarizzare la stessa.

La presente domanda correlata dei necessari allegati deve essere inviata con PEC all'indirizzo sostegnoreddito@pec.ebat.tn.it. Il/la richiedente e l'azienda si impegnano a fornire eventuale ulteriore documentazione e informazioni richieste da EBAT per l'approfondimento, la verifica e la gestione della richiesta.

Liberatoria

Il/la richiedente e l'azienda dichiarano di aver preso visione del Regolamento del Fondo di Sostegno al Reddito, in particolare dei paragrafi 1, 2, 3, 4, 5, 6 e attestano di essere in possesso dei requisiti necessari.

Il/la richiedente e l'azienda si assumono la piena responsabilità della correttezza, veridicità e completezza dei dati e della documentazione forniti. Per tutto quanto non qui specificato, si fa riferimento al Regolamento del Fondo di Sostegno al Reddito vigente.

Richiesta di consenso al trattamento dei dati – GDPR 679/2016

La raccolta e il trattamento dei dati forniti, congiuntamente e singolarmente, dal/la richiedente e dall'azienda, è finalizzato alla gestione della prestazione richiesta con modalità cartacee e digitali.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Reg. 679/2016), l'azienda e il/la richiedente, congiuntamente e disgiuntamente, acconsentono a che EBAT ponga in essere le attività necessarie alla gestione ed erogazione della prestazione richiesta per il quale il consenso rappresenti la base giuridica del trattamento.

Per tale fine, il/la richiedente e l'azienda

- ☐ *autorizzano*
- ☐ *NON autorizzano*

il trattamento e la comunicazione dei dati personali e aziendali, eventualmente anche particolari, da parte di EBAT – Ente Bilaterale Artigianato Trentino.

In mancanza del consenso, la prestazione richiesta non potrà essere erogata.

L'informativa completa è disponibile presso EBAT o consultabile tramite il sito internet www.ebat.tn.it.

Luogo e data

Firma leggibile
del/la **RICHIEDENTE**

TIMBRO e Firma leggibile del/la
legale rappresentante dell'**AZIENDA**

.....

.....

DICHIARAZIONE GIORNATE DI MALATTIA/IMPOSSIBILITA' A SVOLGERE L'ATTIVITA' LAVORATIVA

Il/La sottoscritto/adichiara la sua impossibilità a svolgere l'attività lavorativa nei
seguenti giorni o periodi:

___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___

___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___

___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___

___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___

___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___

___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___

___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___ - ___/___/___

Per un totale di nr. giorni: _____

Richiesta di consenso al trattamento dei dati – GDPR 679/2016

La raccolta e il trattamento dei dati forniti dal richiedente contenuti nel presente modulo è finalizzato alla gestione della prestazione richiesta con modalità cartacee ed elettroniche.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Reg. 679/2016), il richiedente acconsente a che EBAT ponga in essere le attività necessarie alla gestione ed erogazione della prestazione richiesta per il quale il consenso rappresenti la base giuridica del trattamento.

Letto, confermato, sottoscritto

Data

Firma leggibile del/la **Richiedente**

.....