

MODULO DA CONSEGNARE **entro il 28/02/2027** presso uno degli Sportelli Informativi di EBCT attivati nelle sedi territoriali delle organizzazioni sindacali indicati nel sito www.ebct.it che effettueranno la verifica della documentazione presentata.

EBCT- Contributo in caso di superamento del periodo di comporta per malattie oncologiche e/o terapie salvavita Bando Welfare 2026

MODULO PER LA RICHIESTA DEL CONTRIBUTO

Il/La Sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____ CF _____

Documento d'identità _____ n. _____ rilasciato da _____

Email _____

Dipendente presso il Datore di Lavoro (indicare la sede del lavoro)

Denominazione _____ partita iva _____ con sede in _____

Via _____ N° _____ MATRICOLA INPS AZIENDA _____

DICHIARA

(“DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE” art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

che nel corso dell'anno 2025 ha superato il periodo di comporta massimo previsto per malattie oncologiche e/o terapie salvavita ed ha richiesto un periodo di congedo non retribuito di almeno 1 mese continuativo.

Chiede pertanto l'erogazione del CONTRIBUTO per il superamento del periodo di comporta per malattie gravi

da accreditarsi sul c/c Iban _____ a me intestato
ed a tal fine **allega la seguente documentazione:**

- **Certificazione idonea rilasciata dal SSN che attesti malattia oncologica e/o terapia salvavita**
- **Copia della richiesta del periodo di congedo non retribuito, di almeno 1 mese continuativo, al datore di lavoro, così come previsto dai CCNL Terziario e Turismo**
- **copia della busta paga con congedo non retribuito**
- **attestazione ISEE**
- **informativa privacy firmata – consenso al trattamento dei dati particolari**

Il lavoratore, preso atto che EBCT si riserva la facoltà di verificare la documentazione originale di ciascuna pratica per un anno dalla data di presentazione della domanda, si impegna a conservarla durante l'intero periodo.

Il lavoratore attesta l'avvenuta lettura dell'informativa ex art. 13 GDPR.

Data, _____

Firma _____