

Consiglio di Amministrazione Territoriale

RICHIESTA CONTRIBUTO

(Da compilare in stampatello ed inviare alla Segreteria del C.d.A. Territoriale di competenza, unitamente alla documentazione)

PER: MORTIS CAUSA SOLIDARIETA' DIPLOMA ESAMI UNIVERSITARI LIBRI SCOLASTICI

DATI PERSONALI DEL LAVORATORE ISCRITTO AL FASEN (*)		
Cognome	Nome	Data di nascita
Indirizzo		n.
Cap.	Città	Prov.
Recapito telefonico		Cellulare
E mail		
Società di appartenenza		Sede di lavoro
Data assunzione	Inquadramento	Matr. Aziendale
Retribuzione lorda annua		
Numero familiari a carico		
Codice IBAN		

DOCUMENTI DA PRODURRE	Mortis causa	Solidarietà (**)	Attività Formative / Culturali				Libri scolast. (****)
			Diploma (***) media sup.	Università (***) esami	laurea breve	laurea mag.	
Stato di famiglia / Certificato di convivenza	X	X					X
Certificato causa decesso (medico curante)	X						
Lettera con descrizione situazione di disagio		X					
Documentazione della spesa attinente la richiesta (fatture, scontrini, ecc.)		X					
Copia ultimo cedolino stipendio		X	X	X	X	X	X
Attestato conseguimento diploma			X				
Copia registrazione dell'esame rilasciata dalla "segreteria studenti"				X			
Autocertificazione (dichiarazione che trattasi del primo diploma)			X		X	X	
Attestato di laurea					X	X	
Certificato di iscrizione alla scuola							X
Documentazione dell'anno precedente, attestante reddito familiare lordo globale (Italia + Estero + altro) inferiore a euro 37.000,00 (+ € 2.000,00 per ogni figlio a carico oltre il primo)							X

(*) Nel caso di richiesta del contributo "mortis causa", riportare i dati personali del lavoratore deceduto senza fornire le informazioni relative al trattamento economico.

(**) E' facoltà del C.d.A. Territoriale di competenza chiedere la produzione del modello Unico / 730 / CUD del richiedente e del coniuge.

(***) La richiesta deve pervenire alla Segreteria di competenza entro 12 mesi dal superamento dell'esame.

(****) La richiesta deve pervenire alla Segreteria di competenza entro fine Dicembre.

Produrre la documentazione reddituale relativa ai soggetti che hanno in carico il figlio/i per il quale/i si chiede il contributo.

.....
(firma del richiedente)

data