

# MODULO RICHIESTA

## CARENZA DI MALATTIA

### (FONDO SOSTEGNO AL REDDITO AZIENDA)

VERRANNO ACCETTATE ESCLUSIVAMENTE LE DOMANDE INVIATE TRAMITE L'AREA AZIENDA DEL PORTALE  
[www.entebilateralemetalmeccanici.it](http://www.entebilateralemetalmeccanici.it)

**IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE, FIRMATO, SCANSIONATO E QUINDI ALLEGATO ALLA DOMANDA. LA SUA MANCATA O PARZIALE COMPILAZIONE NON CONSENTIRA' LA LAVORAZIONE DELLA RICHIESTA.**

#### DATI AZIENDA

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Matricola INPS \_\_\_\_\_

Indirizzo Sede \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

#### NOMINATIVO DA CONTATTARE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Ruolo \_\_\_\_\_

**SI RICHIEDE** di conseguire una **PRESTAZIONE** per **CARENZA PER MALATTIA** con riferimento al dipendente:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

#### DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA PRESENTE

Copia del LUL dal quale si evince l'inizio del periodo di Carenza di Malattia o copia dell'attestato di malattia INPS

**SI RICHIEDE** che la prestazione venga liquidata sul **Conto Corrente Aziendale** con le seguenti **COORDINATE BANCARIE**

Codice IBAN \_\_\_\_\_

(Compilare  
**INTEGRALMENTE**)    COD    COD    CIN    ABI    CAB    NUMERO CONTO CORRENTE  
PAESE    CONTR    (5 CARATTERI NUMERICI)    (5 CARATTERI NUMERICI)    (12 CARATTERI ALFANUMERICI)

#### CON LA COMPILAZIONE DEL PRESENTE MODULO:

- SI DICHIARA di aver letto il regolamento vigente disponibile anche sul sito E.B.M.: [www.entebilateralemetalmeccanici.it](http://www.entebilateralemetalmeccanici.it)
- SI DICHIARA ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N.445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta e di essere consapevoli, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Data di Compilazione \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Timbro e Firma \_\_\_\_\_