

MODULO RICHIESTA

SUSSIDIO AI FAMILIARI IN CASO DI PREMATURA MORTE DELLA LAVORATRICE O DEL LAVORATORE (PREMORIENZA)

(DAPRESENTARE ENTRO 24 MESI DALLA DATA DEL DECESSO)
(FONDO SOSTEGNO AL REDDITO DEI LAVORATORI)

VERRANNO ACCETTATE ESCLUSIVAMENTE LE DOMANDE INVIATE TRAMITE PEC ALL'INDIRIZZO ebm@sicurezzapostale.it
IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE.

LA SUA MANCATA O PARZIALE COMPILAZIONE NON CONSENTIRA' LA PROTOCOLLAZIONE DELLA RICHIESTA.

DATI DEL FAMILIARE RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Coniuge Figlio/a Madre/Padre Sorella/Fratello
Indicare il rapporto di parentela con la Lavoratrice o il Lavoratore

Telefono _____ email _____

CHIEDE di conseguire una PRESTAZIONE per PREMORIENZA della Lavoratrice o del Lavoratore

Dati del De Cuius (Lavoratrice o Lavoratore)

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

DATI DELL'AZIENDA

Ragione Sociale _____

Matricola INPS _____ P.Iva _____

Telefono _____ email _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA PRESENTE

- Certificato di morte della Lavoratrice o del Lavoratore;
- Certificato che attesti la parentela del familiare richiedente con la Lavoratrice o il Lavoratore:
 - coniuge: estratto per riassunto dell'atto di matrimonio;
 - figli/e: estratto di nascita del richiedente con l'indicazione della paternità e maternità;
 - genitori: estratto di nascita della Lavoratrice o del Lavoratore con l'indicazione della paternità e maternità;
 - sorelle/fratelli: estratto di nascita del richiedente con l'indicazione della paternità e maternità unitamente all' estratto di nascita della Lavoratrice o del Lavoratore con l'indicazione della paternità e maternità
- Documento d'identità in corso di validità del familiare richiedente;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (Lettera di Manleva) scaricabile al seguente link compilata a cura del familiare

richiedente. La prestazione verrà liquidata sul **Conto Corrente del Richiedente** con le seguenti **COORDINATE BANCARIE**

Intestatario (Nome e Cognome) _____

Codice IBAN _____

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

CON LA COMPILAZIONE DEL PRESENTE MODULO:

- SI DICHIARA la presa visione dell'informativa privacy si sensi degli artt. 13 e 14 del regolamento UE 679/2016;
- SI DICHIARA di aver letto il regolamento vigente disponibile anche sul sito E.B.M.: 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 ____/____/____ Firma Richiedente _____