Istanza pervenuta in data _____ prot. n.

Parte riservata alla Segreteria di Confintesa FP

Il sindacato al tempo del Coronavirus

#piccoleazionipergrandicambiamenti

2020, Anno della Responsabilità

MODELLO DI RICHIESTA CONTRIBUTO COVID 19

Il modulo deve essere compilato **in carattere stampatello** in ogni sua parte

Spett. CONFINTESA FP

e-mail covid19@confintesafp.it

Il sottoscritto _____

nato a _____il _____

C.F. _____ tel _____

e_mail_____

residente a _____ prov._____

in via _____n. _____ CAP _____

dipendente del_____

sede di servizio_____prov._____

DICHIARA

che a seguito del contagio da Covid 19 è stato ricoverato presso

_____

dal _____al _____

CHIEDE

Che gli venga riconosciuto il contributo straordinario COVID 19 di cui al relativo Bando Straordinario pubblicato in data 3 aprile '20.

È consapevole che il contributo sarà erogato a seguito della valutazione di apposita Commissione e nel limite complessivo dello stanziamento previsto dalla Federazione.

ALLEGA: ISEE e certificato attestante il ricovero.

_____ _____

(data) (firma dipendente)

Ai fini dell'erogazione del contributo, il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa in materia di trattamento e protezione dei dati personali presente sul sito www.confintesafp.it ed acconsente al trattamento dei propri dati personali sensibili nonché la memorizzazione degli stessi nel database del Sindacato. Il mancato consenso al trattamento dei dati non permette la lavorazione dell'istanza e la possibile erogazione del contributo.

_____ _____

(data) (firma dipendente)