

Ex Dipendenti di Cassa di Risparmio di Cesena S.p.A.

Spett.le

SERVIZIO AMM.NE DEL PERSONALE (714)
CA GROUP SOLUTIONS

OGGETTO: richiesta contributo annuale per portatori di handicap relativo all'anno 20

Io sottoscritto/a _____ matr. _____

in applicazione di quanto previsto dal Contratto Integrativo Aziendale della Cassa di Risparmio di Cesena S.p.A. e dall'Accordo Sindacale del 25/05/2018, chiedo l'erogazione del contributo annuo per i portatori di handicap ai sensi della legge n. 104/92 art.3 comma 3:

☐ Dipendente portatore di handicap

A tal fine dichiaro che il reddito familiare complessivo, utile per la corresponsione degli assegni familiare per l'anno in corso NON è stato superiore ai € 60.000,00.

☐ Figlio/a o coniuge convivente _____
(cognome) (nome)

Dichiaro infine, che il familiare disabile:

☐ Non è ricoverato in via permanente presso una struttura sanitaria.

☐ È ricoverato in via permanente presso una struttura sanitaria

Dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che il Servizio Amministrazione del Personale di CA Group Solutions potrà chiedere in qualunque momento eventuali documenti probatori di quanto sopra dichiarato.

Infine, come disposto dal D.lgs 196/03, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano il familiare indicato che, se maggiorenne, sottoscrive ed autorizza il trattamento dei propri dati personali e sensibili per gli scopi qui indicati.

Data _____

Firma del dipendente _____
(firmare in modo leggibile)

Firma del familiare maggiorenne _____
(firmare in modo leggibile)

Ex Dipendenti di Cassa di Risparmio di Rimini S.p.A.

Spett.le

SERVIZIO AMM.NE DEL PERSONALE (714)
CA GROUP SOLUTIONS

OGGETTO: richiesta contributo annuale per portatori di handicap relativo all'anno 20 **.**

Io sottoscritto/a _____ **matr.** _____

in applicazione di quanto previsto dal Contratto Integrativo Aziendale della Cassa di Risparmio di Rimini S.p.A. e dall'Accordo Sindacale del 25/05/2018,

CHIEDE

per ...I... propri... figli... _____ attualmente

☐ ricoverato/a

☐ non ricoverato/a

permanentemente in strutture sanitarie, la corresponsione della provvidenza annuale prevista.

DICHIARO

a tal fine, che ...I... propri... figli... _____

risulta a carico secondo il criterio seguito per l'individuazione dei titolari del diritto agli assegni familiari e risulta altresì portatore di handicap ai fini della legge 104/92 per grave minorazione fisica o psichica.

Di essere inoltre consapevole del fatto che il Servizio Amministrazione del Personale di CA Group Solutions potrà chiedere in qualunque momento eventuali documenti probatori di quanto sopra dichiarato.

Infine, come disposto dal D.lgs 196/03, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano il familiare indicato che, se maggiorenne, sottoscrive ed autorizza il trattamento dei propri dati personali e sensibili per gli scopi qui indicati.

Data _____

Firma del dipendente _____
(firmare in modo leggibile)

Firma del familiare maggiorenne _____
(firmare in modo leggibile)

Spett.le

SERVIZIO AMM.NE DEL PERSONALE (714)
CA GROUP SOLUTIONS

OGGETTO: richiesta contributo annuale per familiari portatori di handicap.

Io sottoscritto/a _____ matr. _____

Dipendente di: ☐ CA Italia ☐ CA Group Solutions (solo se ex Cariparma)

in applicazione di quanto previsto dal Contratto Integrativo Aziendale, chiedo l'erogazione del contributo annuo previsto per il familiare sotto indicato, in quanto **fiscalmente a carico e portatore di handicap** ai sensi della legge n. 104 del 5/2/1992:

☐ figlio/a _____
(cognome) (nome)

☐ coniuge _____
(cognome) (nome)

NOTA BENE: il contributo per il **coniuge** è previsto solo per il personale appartenente alle aree professionali ed ai quadri direttivi di 1° e 2° livello.

Dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che il Servizio Amministrazione del Personale di CA Group Solutions potrà chiedere in qualunque momento eventuali documenti probatori delle condizioni di handicap dichiarate.

Infine, come disposto dal D.lgs 196/03, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano il familiare indicato che, se maggiorenne, sottoscrive ed autorizza il trattamento dei propri dati personali e sensibili per gli scopi qui indicati.

Data _____

Firma del dipendente _____
(firmare in modo leggibile)

Firma del familiare maggiorenne _____
(firmare in modo leggibile)

Ex Dipendenti di Cassa di Risparmio di San Miniato S.p.A.

Spett.le

**SERVIZIO AMM.NE DEL PERSONALE (714)
CA GROUP SOLUTIONS**

OGGETTO: richiesta contributo annuale per portatori di handicap relativo all'anno 20██.

lo sottoscritto/a _____ **matr.** _____

in applicazione di quanto previsto dal Contratto Integrativo Aziendale della Cassa di Risparmio di San Miniato S.p.A. e dall'Accordo Sindacale del 25/05/2018, chiedo l'erogazione del contributo annuo per i portatori di handicap¹, per il seguente titolo:

☐ Dipendente portatore di handicap

☐ figlio/a _____
(cognome) (nome)

☐ coniuge _____
(cognome) (nome)

Dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che il Servizio Amministrazione del Personale di CA Group Solutions potrà chiedere in qualunque momento eventuali documenti probatori di quanto sopra dichiarato.

Infine, come disposto dal D.lgs 196/03, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano il familiare indicato che, se maggiorenne, sottoscrive ed autorizza il trattamento dei propri dati personali e sensibili per gli scopi qui indicati.

Data _____

Firma del dipendente _____
(firmare in modo leggibile)

Firma del familiare maggiorenne _____
(firmare in modo leggibile)

¹ Si ricorda che per il contributo di cui in oggetto il requisito dell'handicap si intende soddisfatto in caso di handicap in situazione di gravità e/o totale inabilità al lavoro intendendosi come totale inabilità il requisito minimo previsto per l'accesso all'assegno ordinario di invalidità INPS (riduzione permanente a meno di un terzo della capacità di lavoro).