

da inviare a mezzo pec a [enfea@pec.it](mailto:enfea@pec.it)

Spett.le  
ENFEA  
VIA DELLA COLONNA ANTONINA, 52  
00186 – Roma

**FONDO SOSTEGNO AL REDDITO  
RICHIESTA PRESTAZIONE DELL'AZIENDA A FAVORE DEL LAVORATORE**

**Il sottoscritto**

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

**In qualità di rappresentante legale dell'azienda:**

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

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ P.IVA: \_\_\_\_\_

Matricola INPS: \_\_\_\_\_ Codice Contratto: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ Prov: (\_\_\_\_)

Tel: \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**COORDINATE BANCARIE AZIENDA**

**Codice IBAN**

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

Banca e Filiale: \_\_\_\_\_ Intestato a: \_\_\_\_\_

**CHIEDE la seguente PRESTAZIONE per il dipendente dell'azienda**

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

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso: M  F  il: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**con il seguente inquadramento**

Tipo rapporto di lavoro: Full time  - Part time  se part time indicare il numero di ore lavorate per settimana \_\_\_\_\_

Tipo contratto: Apprendistato  - Tempo determinato superiore 4 mesi  - Tempo indeterminato

Data assunzione: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

- A1.** trattamenti di integrazione salariali successivi al 25 settembre 2015 corrisposti oltre le 50 giornate individuali di integrazione e fino a 100 giornate
- A2.** trattamenti di integrazione salariali successivi al 25 settembre 2015 corrisposti oltre le 100 giornate individuali di integrazione
- B1.** Asilo nido
- B2.** Baby sitter
- C.** Assistenza alla non autosufficienza

**a tal fine allega la seguente documentazione**

- copia degli F24 quietanzati con cui sono stati effettuati i versamenti ad ENFEA negli ultimi 3 mesi (**per tutte le tipologie di prestazioni**)
- copia del LUL relativo all'ultimo mese (**per tutte le tipologie di prestazioni**)
- documentazione (autorizzazione Inps e/o decreti autorizzativi) dell'azienda da cui risultino i periodi di intervento di ammortizzatore sociale successivi al 25 settembre 2015 richiesti e approvati (Cigo, Cigs, Cds, cassa in deroga, e ogni altro strumento di sostegno al reddito in costanza di rapporto di lavoro) e le relative giornate per le quali il lavoratore è stato interessato dall'intervento nel corso dei 12 mesi precedenti la richiesta (**per A1. e A2.**)
- Documentazione rilasciata dall'asilo nido a cui risulta iscritto il/la figlio/a (**per B1.**)
- Copia del pagamento dell'ultima retta dell'asilo nido (**per B1.**)
- Copia della lettera di assunzione della collaboratrice/collaboratore domestico (**per B2.**)
- Copia prospetto retribuzione del mese precedente (**per B2.**)
- Copia versamento contributi ultimo trimestre precedente la data della domanda (**per B2.**)
- Copia documento Inps di autorizzazione all'utilizzo dei permessi ex legge 104/92 (**per C**)

Il sottoscritto dichiara di aver letto il regolamento prestazioni ENFEA del 5.6.2018

**Il sottoscritto 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' consapevole, 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 Compilazione: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma dell'azienda: \_\_\_\_\_

firma del lavoratore: \_\_\_\_\_