

spazio riservato alla protocollazione dell'Ente Bilaterale



[da trasmettere attraverso l'Area Aziende su www.enfea.it](http://www.enfea.it)

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

**FONDO SOSTEGNO AL REDDITO
RICHIESTA PRESTAZIONE DELL'AZIENDA A FAVORE DEL LAVORATORE – EMERGENZA COVID-19**

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 nato/a a: _____ 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 6 mesi - Tempo indeterminato

Data assunzione: __/__/____

- 2.A - CONTRIBUTO STRAORDINARIO PER TRATTAMENTI INDIVIDUALI DI INTEGRAZIONE SALARIALE A CAUSA DI EFFETTI DIRETTI O INDIRETTI COVID-19**

a tal fine allega la seguente documentazione

- documentazione (autorizzazione Inps e/o decreti autorizzativi) dell'azienda da cui risulti il periodo di intervento di ammortizzatore sociale previsto dalla normativa vigente (Cigo, Cigs, Cds, cassa in deroga, e ogni altro strumento di sostegno al reddito in costanza di rapporto di lavoro regolato dalla legge) **a causa di effetti diretti o indiretti COVID-19**
- accordo sindacale o comunicazione di avvio della procedura di consultazione
- LUL/buste paga con l'evidenza delle assenze giornaliere riconosciute nel periodo dal 23/02/2020 al 31/12/2020, autorizzate e indennizzabili dall'Inps.

Il sottoscritto dichiara di aver letto il Regolamento provvisorio prestazioni ENFEA in vigore dal 20/03/2020 revisioni 28/05/20 e 18/06/20.

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: _____