

[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**

**Il sottoscritto**

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

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

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

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

Matricola INPS: \_\_\_\_\_

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 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**

**a tal fine allega la seguente documentazione**

- 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
- copia degli F24 quietanzati con cui sono stati effettuati i versamenti a ENFEA negli ultimi 3 mesi
- copia del LUL relativo all'ultimo mese

Il sottoscritto dichiara di aver letto il regolamento prestazioni ENFEA in vigore dal 15.3.2019

**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: \_\_\_\_\_