

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**

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

**C. Scuola Materna**

**a tal fine allega la seguente documentazione**

- Attestato di iscrizione/frequenza all'anno scolastico in corso al momento della presentazione della domanda rilasciato dall'istituto di istruzione o documentazione equipollente (ricevuta pagamento retta/mensa scolastica, pagella etc). **Non si accettano autocertificazioni**
- 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: \_\_\_\_\_