

[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: __/__/____

J. Integrazione trattamento economico di malattia previsto dal CCNL

a tal fine allega la seguente documentazione

- Copia LUL/buste paga attestanti il trattamento economico al 50% e le relative giornate di malattia
- 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: _____