

**Richiesta contributo a favore lavoratori per sospensione dell'attività lavorativa**  
**F.S.R. - E.BI.TER CESENA – Accordo del 21.11.2013 e s. integrazione del 27.03.2015**

Prot. n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_

Data di consegna  
(FC)

Spett.le  
**Comitato Esecutivo EBITER**  
Via Giordano Bruno, 118 – Cesena 47521

**Fondo Sostegno al Reddito**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ cod.fisc. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
alle dipendenze dell'Impresa \_\_\_\_\_  
in regola con i versamenti della quota di adesione prevista dagli Accordi Nazionali e Provinciali  
sita in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
esercitante l'attività \_\_\_\_\_  
CCNL applicato \_\_\_\_\_  
assistito dalla O.S. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

**chiede**

a seguito della sospensione per \_\_\_\_\_ attivata dall'Azienda  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ l'erogazione delle provvidenze di competenza EBITER Fondo  
Sostegno al Reddito in indirizzo per il seguente intervento

Contributo per sospensione dell'attività lavorativa.

A tal fine dichiara di esser sospeso dal lavoro e dalla retribuzione dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e fino al  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e di beneficiare  / non beneficiare  di ammortizzatori sociali per  
tale periodo (*barrare l'ipotesi ricorrente*); allega l'accordo di sospensione inviato dall'Azienda e la  
copia del modello C1 attestante l'iscrizione nelle liste dei disoccupati.

**Inoltre dichiara che, pena la restituzione di quanto percepito da EBITER - Fondo Sostegno al  
Reddito in caso di accertamento di situazione difforme, nel periodo cui si riferisce la richiesta di  
contributo non ha trovato alcuna occupazione.**

**Chiede che il contributo stabilito gli venga liquidato tramite l'AZIENDA e pertanto  
accreditato sulle seguenti coordinate bancarie:**

Descriz. Banca AZIENDA \_\_\_\_\_ c/c intestato a \_\_\_\_\_  
Codice IBAN \_\_\_\_\_

**Oppure (in alternativa) chiede che il contributo stabilito gli venga liquidato direttamente e  
pertanto accreditato sulle seguenti coordinate bancarie:**

Descriz. Banca DIPENDENTE \_\_\_\_\_ c/c intestato a \_\_\_\_\_  
Codice IBAN \_\_\_\_\_

(N.B. La presente richiesta va inoltrata entro il 60° giorno dalla data di sospensione dell'attività lavorativa)  
*Si allega:*

1. Accordo sindacale di sospensione
2. Eventuale copia Modello C1 rilasciato dal C.P.I.
3. copia ultime 3 buste paga con retribuzione
4. copia busta paga con attestazione di mancato reddito
5. consenso privacy e copia documento identità

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

**Il Dipendente**

**Timbro e Firma O.S.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
c.f. \_\_\_\_\_ è consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni  
mendaci e di formazioni o uso atti falsi, ai sensi art. 76 D.P.R. 28/12/2000, n. 445.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(parte riservata al Comitato Esecutivo EBITER CESENA)

**Si approva in data** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ **; importo lordo complessivo riconosciuto: €.** \_\_\_\_\_

**Si respinge in data** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ **per** \_\_\_\_\_

**Pratica sospesa per** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ **visto e timbro del Comitato Esecutivo EBITER CESENA**