

**Richiesta contributo per aspettativa non retribuita – lunga malattia (> 180 gg )**  
**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 del proseguimento del proprio stato di malattia oltre il c.d. comporto, periodo per cui contrattualmente spetta il diritto alla conservazione del posto di lavoro (180 gg), previa richiesta dell'aspettativa non retribuita di cui all'art. 181, c. 1 e 2 del CCNL, l'erogazione delle provvidenze di competenza EBITER, Fondo Sostegno al Reddito, per il seguente intervento

Contributo per aspettativa non retribuita causata dal protrarsi della malattia oltre il periodo di comporto (>180 gg).

A tal fine dichiara di non aver diritto all'indennizzo datoriale per gli ulteriori 60 giorni previsto contrattualmente per le malattie gravi. La durata dell'aspettativa non retribuita richiesta, nel rispetto del dettato contrattuale, riguarda il periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Inoltre dichiara che nel periodo cui si riferisce la richiesta di contributo, pena la restituzione di quanto percepito a titolo di contributo dall'EBITER, Fondo Sostegno al Reddito, in caso di accertamento di situazione difforme, è proseguito lo stato di malattia dietro prognosi medica.

**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 inizio dell'aspettativa non retribuita)

**Si allega:**

1. copia richiesta aspettativa non retribuita
2. copia ultime 3 buste paga
3. certificati di malattia relativi al periodo di aspettativa
4. consenso privacy e copia documento identità

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**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.
--

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**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**