da inviare a mezzo pec [direzione@pec.ebiten.it](mailto:direzione@pec.ebiten.it)

Spett.le

E.BI.TE.N.

Via Olivetti, 17

26013 Crema (CR)

|  |
| --- |
| **RICHIESTA PRESTAZIONE AZIENDA** |

**Il sottoscritto**

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

**In qualità di rappresentante legale dell’azienda**

Ragione sociale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Matricola INPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Contratto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo sede: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov: (\_\_\_\_\_\_)

Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nominativo da contattare:**

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

Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 ALFANUMERI)

Banca e Filiale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Intestato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE** di conseguire la **PRESTAZIONE**

a valere del Fondo sviluppo contrattazione

* **A.** Assistenza contrattuale

a valere sul Fondo osservatorio servizi reali

* **B.** Certificazione contratti di lavoro
* **C.** Consulenza e assistenza in materia di conciliazione
* **D.** Apprendistato

a valere sul Fondo Welfare e sostegno al reddito

* **E.** Contributo di 200 € annui per apprendista, per spese di formazione esterna, con l’obbligo di corrisponderne all’apprendista ﬁno a 100,00 € per spese di trasporto, pasti, ore di viaggio
* **F.** Contributo di 210 € una tantum, a favore dell’azienda, al verificarsi della carenza di malattia in corso dell’anno civile, sino ad un massimo di 5 eventi, ogni 15 lavoratori
* **G.** Contributo di 200 € per visite mediche al di fuori del piano aziendale
* **H.** Contributo per acquisto defibrillatore e per la formazione di due addetti all’utilizzo

a valere sul Fondo sviluppo salute e sicurezza

* **I.** Formazione lavoratori
* **J.** Redazione DVR
* **K.** Servizio Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza Territoriale (in sigla RLST)
* **L.** Redazione MOG (modello di organizzazione e gestione)

**con riferimento al dipendente (per le prestazioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

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

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sesso: M F

nato/a a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Tipologia contratto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(se part time indicare il numero di ore lavorate per settimana) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Versante da almeno 6 mesi: SI NO

**a tal fine allega la seguente documentazione**

* Documentazione attestante il codice INPS del CCNL per il quale si richiede l’assistenza **(per A.)**
* Istanza di certificazione compilata in ogni sua parte **(per B.)**
* Contratto debitamente sottoscritto da certificare in triplice originale **(per B.)**
* Scheda riepilogativa debitamente compilata in ogni sua parte **(per B.)**
* Fotocopia del documento di identità dei firmatari dell’istanza **(per B.)**
* Eventuale copia del provvedimento (di rigetto o di altro tipo) rilasciato in precedenza da altro ente certificatore sul contratto in parola **(per B.)**
* Numero 2 marche da bollo da 16 euro (oltre quella da apporre sull’istanza) **(per B. e C.)**
* Istanza di tentativo obbligatorio di conciliazione compilata in ogni sua parte **(per C.)**
* Piano Formativo compilato in ogni sua parte (a cura dell’azienda) **(per D.)**
* Richiesta PDC CCNL generica debitamente compilata **(per D.)**
* Copia del contratto di apprendistato del lavoratore per il quale si richiede l’erogazione del relativo contributo annuo **(per E.)**
* Documentazione attestante la formazione esterna all’azienda **(per E.)**
* Autocertificazione firmata dall’apprendista relativa ai rimborsi previsti dall’azienda **(per E.)**
* Copia del LUL con la carenza di malattia in corso d’anno **(per F.)**
* Copia delle ricevute/fatture **(per G., H., J. e L.)**
* Attestato di frequenza al corso di formazione dei due addetti all’utilizzo dell’apparecchiatura **(per H.)**
* Registro didattico **(per I.)**
* Programma del corso **(per I.)**
* Copia del frontespizio del DVR **(per J.)**
* Verbale d’assemblea di mancata elezione del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza sul lavoro **(per K.)**
* Richiesta designazione del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza Territoriale – RLST unitamente agli allegati ivi indicati **(per K.)**
* Copia del frontespizio del MOG **(per L.)**

**Il sottoscritto dichiara di aver letto il Regolamento E.BI.TE.N.**

**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’indirizzo 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_