

Spett.le EBINSAFI
Via Lucania 13
00187 ROMA

MODULO DI DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DELLE PRESTAZIONI DI CUI ALL'ART. 1

**DATI RELATIVI AL
RICHIEDENTE LA
PRESTAZIONE**

Cognome		Nome	
Via/P.zza e numero civico di residenza			C.A.P.
Comune	Prov.	Telefono	e-mail
nella qualità di dipendente			

**DATI RELATIVI AL
RAPPORTO DI
LAVORO**

Dipendente (indicare Cognome e Nome solo se diverso dal richiedente la prestazione di cui sopra)			
in servizio in Via/P.zza (indicare via e numero civico del luogo di lavoro)			C.A.P.
Comune (indicare Comune del luogo di lavoro)			Prov.
Data di assunzione	Profilo professionale	Tempo parziale (barrare se sì)	Data di cessazione
/ /			/ /

**DATI RELATIVI AL
DATORE DI
LAVORO**

Matricola INPS (indicare sempre)	Ragione sociale o forma giuridica del datore di lavoro
Via e numero civico del datore di lavoro	C.A.P.
Comune	Prov.

**RICHIESTA della
PRESTAZIONI**

chiede l'erogazione delle seguenti prestazioni

- A) contributo per nascita
 B) contributo per figli portatori di invalidità

**DOCUMENTAZIONI
ALLEGATA**

(unire a seconda del tipo di richiesta la documentazione indicata)

Ai fini della domanda di cui sopra si allega la seguente documentazione (barrare le caselle interessate)

Nel caso di richiesta di assegno per nascita:
A) 1) certificato di nascita 2) Stato di famiglia 3) dichiarazione di regolarità contributiva firmata dal datore di lavoro

Nel caso di richiesta contributo figli portatori di invalidità:
B) 1) Stato di famiglia 2) Copia del modello CU 3) Certificazione delle competente ASL attestante i requisiti di invalidità civile richiesti 4) Dichiarazione di regolarità contributiva firmata dal datore di lavoro

**MODALITÀ DI
ACCREDITO**

Bonifico bancario su C/C IBAN

intestato a _____ presso (banca, ag.) _____

DATA E FIRMA

Data _____ Firma _____

Spett.le EBINSAFI
Via Lucania 13
00187 ROMA

DICHIARAZIONE DI REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA

Il/la sottoscritto/a _____

nella qualità di Legale rappresentante della società

Ragione sociale: _____

P.IVA _____ C.F. _____

Indirizzo: Località _____ Prov. _____

Via/P.zza _____ C.A.P. _____

Tel. _____

Matricola INPS n° (indicare sempre):

ai fini del riconoscimento delle prestazioni dall'Ente erogante a favore dei dipendenti da imprese del settore dei Servizi Ausiliari, Fiduciari e Integrati

dichiara sotto la propria responsabilità

di aver ad oggi/aver avuto sino al ___ / ___ / _____ (barrare ciò che non interessa), alle proprie dipendenze,
il/la Sig./Sig.ra (Cognome) _____ (Nome) _____,

C.F. _____

e che, in relazione a detto dipendente, i contributi di cui all'art. 8 per i contributi dovuti ad EBINSAFI e art. 9 per i contributi dovuti al Fondo ASSI del CCNL per i dipendenti da imprese del settore dei Servizi Ausiliari, Fiduciari e Integrati risultano regolarmente versati sin dal momento della prima iscrizione a EBINSAFI ed al Fondo ASSI.

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, n. 445) e successive modificazioni

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ (prov. _____) il _____

e residente in _____ (prov. _____)

Via _____ n. _____

legale rappresentante di _____

con sede in _____ Via _____ n. _____

a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazione false

DICHIARA

- di applicare integralmente i contratti di lavoro - sia nazionale che integrativo territoriale, ove esistente - sottoscritti tra le Parti stipulanti il CCNL;
- di essere in regola con la contribuzione previdenziale assicurativa ed assistenziale, nonché con gli adempimenti fiscali;
- di versare regolarmente i contributi di cui all'art. 8 e quello di cui all'art. 19 del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro di categoria;

CHIEDE

la Certificazione Liberatoria prevista dal CCNL relativa all'integrale e corretta applicazione della contrattazione nazionale e territoriale integrativa ed aziendale.

Si allegano:

- certificazione di correttezza contributiva (DURC), rilasciata dagli Enti preposti (INPS e INAIL);
- fotocopia documento valido di identità del dichiarante;
- copia codice fiscale del dichiarante.

Il sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati contenuti nel presente documento limitatamente a quanto previsto dalla Legge 675/96.

(Luogo e data)

Il/la dichiarante
(nome, cognome, timbro e firma)

n.b. la dichiarazione, unitamente agli allegati, dovrà essere inviata tramite raccomandata AR, o altro sistema certificato, all'Ente Bilaterale Nazionale Servizi Ausiliari Fiduciari e Integrati in Via Lucania, 13 - 00187 ROMA.

*Art. 76 D.P.R. 445/2000: "Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

L'esibizione di un atto contenente dati non ù rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.

Le dichiarazioni rese ai sensi degli artt.46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'art.4, comma 2 sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.

Se i reati indicati nei commi 1, 2 e 3 sono commessi per ottenere una nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione all'esercizio di una professione o arte, il giudice, nei casi più gravi, può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione o arte".