



Fondo Sostegno al Reddito E.B.M. - Contributo per sospensione dell'attività lavorativa Mod.1.1

Spett.le Commissione Paritetica E.B.M.
Fondo Sostegno al Reddito

Il/La sottoscritto/a _____

cod. fiscale _____ Nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente in via _____ n. _____ a _____ (____) c.a.p. _____

legale rappresentante dell'Impresa _____

in regola con i versamenti della quota di adesione E.B.M. da almeno 1 anno e che applichi integralmente il CCNL da almeno 3 anni.

sita in _____ via _____ prov. _____

cap _____ esercente l'attività di _____

tel. _____ fax. _____ e-mail _____

Chiede in favore dei lavoratori interessati il Contributo per sospensione dell'attività FSR EBM per il seguente motivo:

La sospensione interesserà n° _____ lavoratori a decorrere dal _____ al _____

A tal fine l'azienda allega:

- **copia delle attestazioni di bonifico a E.B.M da almeno 1 anno**
- **copia DM/10 (ex art. 40 CCNL) dello stesso mese della richiesta del contributo e una copia del DM10 dello stesso mese e di tre anni prima della richiesta (solo per gli iscritti del settore commercio).**
- **si impegna a consegnare entro 30 giorni dal termine del periodo effettivo di sospensione l'elenco dei lavoratori sospesi, con la precisa indicazione del periodo di sospensione dell'attività lavorativa effettuato. Per quantificare l'esatto importo della provvidenza di ciascun lavoratore, è richiesta la fotocopia di una busta paga per ogni dipendente interessato dalla sospensione.**

Addì _____ Letto, confermato e sottoscritto

Per Confcommercio

Per il Sindacato

L'azienda

I lavoratori

Nome e Cognome

Firma

Consenso rilasciato a E.B.M per il trattamento dei dati ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 30 giugno 2003. In riferimento ai dati contenuti nel presente modulo, azienda e lavoratori dichiarano, ai sensi per gli effetti degli articoli del Decreto Legislativo n.196 del 30 giugno 2003, di avere letto l'informativa fornita e acconsentono alla raccolta, trattamento, comunicazione e diffusione dei dati stessi, eventualmente anche sensibili, da parte di E.B.M.

Per l'azienda

Lavoratori

ACCREDITAMENTO CONTRIBUTI DI SOSPENSIONE

LAVORATORE _____

accredito sulla Banca _____
· cod IBAN _____
intestato a _____

accredito sul c/c postale _____
intestato a _____

LAVORATORE _____

accredito sulla Banca _____
· cod IBAN _____
intestato a _____

accredito sul c/c postale _____
intestato a _____

LAVORATORE _____

accredito sulla Banca _____
· cod IBAN _____
intestato a _____

accredito sul c/c postale _____
· cod IBAN _____
intestato a _____

(parte riservata all'Ente Bilaterale Mantovano del Commercio Turismo e Servizi)

· **Si approva il importo lordo riconosciuto:** € _____

· **Si respinge il**

· **Pratica sospesa per:** _____ **il**

Data: _____ **visto e timbro della Commissione Paritetica**