

MODULO DI DOMANDA PER PRESTAZIONI EXTRA CONTRATTUALI

Codice lavoratore _____ Il sottoscritto _____
 Nato il _____ a _____
 Residente a _____ in Via _____ Telefono _____
 alle attuali dipendenze della Ditta _____

PRESENTA DOMANDA PER USUFRUIRE DELLE PRESTAZIONI EXTRA CONTRATTUALI

RIMBORSI SPESE DI NASCITA:

Figlio/a _____ Nato/a il _____

- Si eroga entro un anno dalla nascita del figlio/a
- Allegare: Scontrini di spesa, Certificato di nascita, Autocertificazione Stato di Famiglia, Autocertificazione reddito (non superiore a € 45.000)

SUSSIDIO O RIMBORSO FIGLI DISABILI:

SUSSIDIO

RIMBORSO

Figlio/a _____ Nato/a il _____

Si deve produrre Certificato Medico che comprovi i disturbi psicomotori o invalidità al 100%.
 La domanda deve essere presentata **entro il 30 settembre** di ogni anno.

SPESE FUNERARIE: Allegare copia della denuncia di successione e/o Certificato di Morte.

DECESSO DEL LAVORATORE

DECESSO DEL CONIUGE DEL LAVORATORE

RIMBORSO SPESE DIDATTICHE:

ELEMENTARI

MEDIA INFERIORE

MEDIA SUPERIORE

CORSI UNIVERSITARI

Figlio/a _____ Nato/a il _____

Allegare: Certificato frequenza scolastica, Stato di famiglia, Autocertificazione reddito (non superiore a € 45.000), Scontrini di spesa comprovanti gli acquisti, Elenco libri di testo, Richiesta della scuola per acquisto libri di testo/e-book

BORSE DI STUDIO:

Allegare: Autocertificazione Stato di famiglia, Autocertificazione reddito (non superiore a € 45.000)

Figlio/a _____ Nato/a il _____

MEDIA SUPERIORE

CORSI UNIVERSITARI

LAUREA

Certificato scuola riportante la votazione ottenuta –
Entro 30 settembre

- Piano di Studi
- Certificazione rilasciata dall'Università con elenco esami sostenuti e votazione riportata (Libretto)

Certificato di Laurea

SUSSIDIO STRAORDINARIO: Allegare richiesta e documentazione relativa

RIMBORSO SPESE CENTRO ESTIVO:

Allegare Autocertificazione Stato di famiglia, Autocertificazione reddito (non superiore a € 45.000) e ricevuta di pagamento di avvenuta iscrizione Centro Estivo

RIMBORSO ACQUISTO OCCHIALI:

<input type="checkbox"/> LAVORATORE ISCRITTO	<input type="checkbox"/> CONIUGE	<input type="checkbox"/> FIGLIO/A
--	----------------------------------	-----------------------------------

Nome/Cognome _____ Nato/a il _____

Allegare: Prescrizione Medica o Certificazione Ottico Optometrista, Autocertificazione Stato di famiglia, Autocertificazione reddito (non superiore a € 45.000) e Fattura d'acquisto con scontrino di avvenuto pagamento entro 90 gg dall'emissione

RIMBORSO BUONI PASTO ASILO E SCUOLE ELEMENTARE:

<input type="checkbox"/> ASILO	<input type="checkbox"/> SCUOLA ELEMENTARE
--------------------------------	--

Figlio/a _____ Nato/a il _____

Allegare: Autocertificazione Stato di famiglia, Autocertificazione reddito (non superiore a € 45.000), Fattura mensa scolastica riportante il nominativo del figlio/a, Copia pagamento tracciabile

RIMBORSO SPESE CONNESSIONE INTERNET:

Allegare: Iscrizione scolastica, Autocertificazione Stato di famiglia, Autocertificazione reddito (non superiore a € 45.000), Documentazione attestante la connessione internet (bolletta o fattura), Documento di Privacy se la bolletta/fattura non risulta intestata al Lavoratore iscritto

RIMBORSO SPESE ACQUISTO PC – TABLET – NOTEBOOK:

Allegare: Autocertificazione reddito (non superiore a € 45.000), Fattura d'acquisto entro e non oltre 90 gg dall'emissione

RIMBORSO ACQUISTO APPARECCHIO DENTALE FIGLI FINO A 14 ANNI:

Figlio/a _____ Nato/a il _____

Allegare: Prescrizione Medica o prescrizione dello Specialista, Autocertificazione Stato di famiglia, Autocertificazione reddito (non superiore a € 45.000) e Fattura d'acquisto con scontrino di avvenuto pagamento entro 90 gg dall'emissione

DATA _____

FIRMA _____

Importo erogato con bonifico/ assegno n.
Importo erogato €
Data