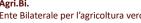


## **AUTOCERTIFICAZIONE PER:**

## S

-	•		_							\.							RISER	VATO	ALL' E	ENTE						
RICHIESTA CONTRIBUTO PER RIME									IBC	RS	80	PROTOCOLLO N														
SPESE DI ISCRIZIONE ALL'ASILO NIDO												00			DA											
																	DATA	D'ARI	RIVO .							
11/1	asot	tosc	ritt	o/a												L										
•				•																						
Со	dice	Fisca	ale	l		1.	1_	I_	I_	_ _	_ _	_ _	_ _	_	.		l	l	tel	efor	no n.					
					•••••																		_			
				-	azion e all'a				-						-		-									
					lio/la			iluaci	aic p	ici ii		300 (	uei e	Ontre	1110 1	1001	iiciai	e ui	lavoi	i o u	ICI 17	Otto	DIC (	- Juc	.00331	VC
	gnor	-		_	,																					
Na	ato/a ile iscritto per l'anno <b>in corso</b>																									
,																							_	_		_
✓	dicl	niara	1 (	he	nell'a										ria a											la:
in (	 guali	tà di	or	erai	o/a a:												_ (616	210110	J 11							
	-				ninato		giorr	ni lav	orati	vi						] te	ogme	ind	etern	nina	ato –	data	assu	nzio	ne	
	1° li				2° liv					 ] 4° l		_	¬ c∘	liv			liv		□ 7°			□ 8				
Ш	1 11	V		□ 4	2 IIV	L	3 1	IV		J 4+ I	IV	L	_ <b>J</b>	IIV	Ц	U	IIV		_ /	IIV		⊔ 0	IIV			
isc II/I pe	rizioi La so r col	ne e ttos oro	allo crit	ega a to/a e rer	aver    lla prodichia  dano  niche	esent ara al	te ric Itresì	hiest di es zioni	a la s ssere fals	docu e con	sape	tazio vole oiano	one n e delle o atti	ecess e san i frau	saria d zioni idolei	civi nti,	ie da li e p al fi	REG enal	iOLA i pre li pro	ME vist	NTO. e dal rare	la vig a se	ente stess	nor si o	mativ	/a,
AN						T																				
per priv	l'Agr vacy@	icoltu agrib	ira i.ve	Veron rona.i	ffettua <b>ese</b> in <u>t</u> . Il tito	perso	na de	l Pres	ident	e pro	temp	ore,	con se	ede le	gale in	Via	Somr	nacar	npagr	na 63	B D/E,	tel.: 0	)45 80	52881	1 e-m	ail:
dpo	@agr	<u>ibi.ve</u>	ron	<u>a.it</u>																						
_																<b>-</b> :										
υd	ια		• • • • •	• • • • • • • •		•••										LIL	ıııd	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • •	•••••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		•••••	•••••	• • • •	

\*Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte

















## RICHIESTA INTEGRAZIONE INDENNITA' MALATTIA **OPERAI A TEMPO INDETERMINATO E/O DETERMINATO**

## **REGOLAMENTO**

DESTINATARI:	Lavoratori e lavoratrici agricoli contribuenti dell'Ente Bilaterale con 102 giornate di lavoro dipendente nell'anno in corso o in quello precedente alla richiesta						
TIPOLOGIA DEL CONTRIBUTO:	Contributo rimborso spesa per l'iscrizione all'asilo nido per i figli a carico						
MISURA DEL CONTRIBUTO:	€ 300,00						
DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE AL MODULO DI RICHIESTA:	Copia carta identità del dichiarante  Autocertificazione stato famiglia  NIDO: Copia del pagamento delle rette all'asilo nido per l'anno scolastico in corso a copertura dell'importo massimo di 300€.  OTD e OTI: Copia di 1 busta paga riferita all'anno in corso						
CONDIZIONI PER RICHIEDERE IL SERVIZIO:	Il contributo può essere richiesto da <u>uno solo dei genitor</u> i anche se entrambi impiegati nel settore agricolo e si precisa che non si possono accumulare il numero delle giornate utili al diritto di rimborso tra il padre e la madre (102 gg)  Le richieste possono essere inviate per mail, fax, raccomandata o consegnate a mano dal <u>1 ottobre al 31 dicembre</u> .  Verranno prese in esame, esclusivamente, le pratiche correttamente compilate e complete di tutti gli allegati richiesti.  Azienda in regola con i versamenti all'Ente Bilaterale, secondo le aliquote previste dal Contratto Integrativo Provinciale						

L'erogazione del servizio viene decisa di anno in anno.

Il servizio verrà erogato nell'ambito di un budget specifico prefissato annualmente e compatibilmente con il bilancio complessivo dell'Ente Bilaterale.

Nell'erogazione del servizio vengono applicate specifiche regole procedurali predisposte dall'Ente Bilaterale.

Le eventuali controversie di interpretazione verranno esaminate e decise dal Comitato di Gestione dell'Ente Bilaterale.



