

Spettabile

Ente Bilaterale della
Provincia di Lodi
Via Haussmann 1
26900 Lodi

Oggetto: Contributo per familiare disabile a carico

Il\La sottoscritto\a _____ codice fiscale _____

Nato\la a _____ il _____ residente a _____

CAP _____ via _____ in servizio presso la Ditta _____

Con sede in _____ via _____

Avendo il seguente familiare disabile a carico

_____ grado di parentela _____
nome e cognome

a cui è stata riconosciuta l'invalidità permanente del _____%

CHIEDE

Di poter ottenere il contributo previsto dal Fondo di Solidarietà quale concorso spesa per l'assistenza e le cure del suddetto familiare.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare le condizioni per accedere ai servizi e ai benefici erogati dal fondo di solidarietà e di allegare i seguenti documenti:

- **Copia delle ultime tre buste paga**
- **Stato di famiglia**
- **Certificato medico dell'ASL che attesti il grado di invalidità permanente superiore al 45%**

Il\La sottoscritto\la dichiara che il suddetto disabile non ha esercitato, nell'anno in cui viene richiesto il contributo, alcuna attività lavorativa.

Data

Firma

Formula di consenso

Il\La sottoscritto\la _____ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003,consente al loro trattamento nella misura necessaria per il conseguimento degli scopi dell'adesione. Consente altresì l'invio dei dati ai soggetti indicati nella scheda informativa ricevuta, per le finalità indicate nella stessa.

Firma