

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO DISABILITÀ 2024

IO SOTTOSCRITTO/IA (dati anagrafici del dichiarante)

COGNOME E NOME
CODICE FISCALE
LUOGO DI NASCITA PROV.
DATA DI NASCITA
RESIDENTE A PROV.
INDIRIZZO N.CIVICO CAP.....
E-MAIL TEL.
COORDINATE BANCARIE (IBAN, FILIALE)
.....
.....

CHIEDO:

di poter accedere agli elenchi per l'assegnazione di un sostegno economico come definito dal bando disabilità 2023 per il supporto del (spuntare la voce di riferimento)

- ☐ figlio/a affetto da disabilità certificata (es. Malattie mentali, Autismo, Malattie congenite, Parkinson, Alzheimer, sclerosi multipla, diabete, Cancro ecc.) o invalidità o portatore di handicap ai sensi dell'art. 3, commi 1 e 3 della legge n. 104/92;
- ☐ familiare del dipendente (coniuge, genitori, fratelli e sorelle solo in mancanza dei genitori) per il quale il dipendente usufruisce dell'ART.3 COMMA 3 DELLA LEGGE 104/92;
- ☐ familiare convivente del dipendente (coniuge, genitori, fratelli e sorelle solo in mancanza dei genitori) con invalidità o disabilità certificata.

Dichiaro che i dati del beneficiario sono i seguenti:

COGNOME E NOME
CODICE FISCALE
LUOGO DI NASCITA PROV.
DATA DI NASCITA
RESIDENTE A PROV.
INDIRIZZO N. CIVICO CAP.....
GRADO DI PARENTELA: (figlio, coniuge, genitore, ecc.)

Dichiaro altresì

- ☐ di non aver partecipato ad altre proposte analoghe erogate dalla Cooperativa;
- ☐ di aver preso visione e accetto tutte le norme previste dal Bando di Concorso;

Si allega alla presente domanda:

- la documentazione che attesti il diritto alla partecipazione al concorso (verbale di accertamento, ricevuta riepilogo domanda INPS per uso dei 3g previsti dalla normativa 104, autorizzazione INPS all'utilizzo dei giorni previsti dall'art. 33 c.3 L. 104/92, certificazione disabilità);
- Documento d'identità in corso di validità del soggetto dichiarante e del beneficiario.

Letto, confermato e sottoscritto (firma leggibile)

Luogo e data

IL DICHIARANTE

.....

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del GDPR 679/2016

Il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato al procedimento connesso alla presente domanda, nonché a finalità gestionali e statistiche, anche mediante l'ausilio di mezzi elettronici o automatizzati, nel rispetto della sicurezza e riservatezza. Il conferimento dei dati personali richiesti è necessario e la relativa mancanza comporterà l'esclusione dal concorso. Il trattamento dei dati sarà effettuato da soggetti appositamente incaricati con l'utilizzo di strumenti informatici, ivi compresa la pubblicazione degli elenchi e saranno trattati successivamente anche per l'erogazione del bonus. Il Responsabile del trattamento dei dati è il Presidente Andrea Zenoni. L'informativa completa è consultabile sul sito: www.fraternitasistemi.it

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella presente domanda esclusivamente per lo scopo ad essa collegato.

Letto, confermato e sottoscritto (firma leggibile)

Luogo e data

IL DICHIARANTE

.....

Si autorizza l'accesso alle banche dati pubbliche allo scopo di consentire le verifiche d'ufficio di quanto dichiarato nel presente modulo.

Letto, confermato e sottoscritto (firma leggibile)

Luogo e data

IL DICHIARANTE

.....

N.B.: La mancanza della firma e della copia del documento di identità del dichiarante comporterà l'esclusione dal bando.