

# FSR LEGGE 2 QUOTA 20% E DOTAZIONE FINANZIARIA

## Contributo per sospensione Fondo Sostegno al Reddito EBIM Mod. FSR 2.1

Prot. n° \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_

Spett.le  
Comitato di Gestione EBIM  
Fondo Sostegno al Reddito

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ n.cell/tel \_\_\_\_\_  
alle dipendenze dell'Impresa \_\_\_\_\_  
in regola con i versamenti della quota di adesione prevista dagli Accordi Nazionali e Provinciali  
sita in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
esercente l'attività di \_\_\_\_\_ CCNL applicato \_\_\_\_\_  
assistito dalla O.S. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_  
chiede

a seguito della sospensione per \_\_\_\_\_ attivata dall'Azienda dal  
\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ l'erogazione delle provvidenze di competenza EBIM /Fondo Sostegno  
al Reddito per il seguente intervento:

**Contributo per sospensione dell'attività** ( ) ex art. 19 Legge n. 2/2009 ( ) altre casistiche.

A tal fine dichiara di essere sospeso dal lavoro e dalla retribuzione dal \_\_\_\_\_ e fino  
al \_\_\_\_\_ (o altro:.....).  
Inoltre dichiara che, nel periodo cui si riferisce la richiesta di contributo non ha trovato alcuna  
occupazione, pena la restituzione di tutto quanto percepito a titolo di beneficio dall'EBIM, Fondo  
Sostegno al Reddito, in caso di accertamento di situazione difforme.  
ALLEGA: Mod. DID, copia accordo sindacale, n. 3 ultime buste paga precedenti alla sospensione,  
mod.privacy)

**Chiede che il contributo stabilito gli venga liquidato tramite l'AZIENDA e pertanto  
accreditato sulle seguenti coordinate bancarie:**

Descrizione Banca Azienda.....conto intestato a .....  
CODICE IBAN:.....

(n.b. - La presente richiesta va inoltrata entro il 60° giorno dalla data di inizio della sospensione dell'attività e la domanda  
dovrà essere coerente con il periodo di sospensione indicato nell'accordo sindacale; mensilmente il lavoratore dovrà produrre  
le buste paga ove risulta il periodo di sospensione effettuato ).

....., li.....  
Il Dipendente \_\_\_\_\_ Timbro e Firma O.S. \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a.....e' consapevole delle sanzioni penali nel caso di  
dichiarazioni mendaci e di formazioni o uso atti falsi, ai sensi art. 76 D.P.R. 28/12/2000, N. 445.  
Il dipendente \_\_\_\_\_  
....., li..... Firma.....

(parte riservata alla Commissione Paritetica di Ebim)

Si approva il	importo lordo riconosciuto: € _____
Si respinge il	
Data: _____	visto e timbro della Commissione Paritetica _____
Pratica sospesa per: _____	il _____
Data: _____	visto e timbro della Commissione Paritetica _____