



**MODULO PER LA RICHIESTA DEL CONTRIBUTO – BONUS DISABILITA' GRAVE – Legge 104/92**

La presente richiesta deve essere consegnata **entro il 31/12/2021** esclusivamente presso le sedi territoriali delle parti sociali Filcams-CGIL, Fisascat-CISL, Uiltucs Toscana (per gli indirizzi consulta il sito [www.welfare.ebtt.it](http://www.welfare.ebtt.it)) che effettueranno la verifica della documentazione presentata e invieranno la domanda.

Il/La Sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Dipendente presso il Datore di Lavoro (indicare la sede del lavoro)

Denominazione \_\_\_\_\_ partita iva \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

MATRICOLA INPS AZIENDA \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**(“DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE” art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**

di essere portatore di disabilità GRAVE;  di avere un familiare portatore di disabilità GRAVE;

(nome/cognome) \_\_\_\_\_ CF (da utilizzare solo per familiare) \_\_\_\_\_

-che la propria famiglia, risiede a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_)

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

ed è così composta: *(indicare cognome, nome, data e luogo di nascita, relazione di parentela con il dichiarante)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Chiede Bonus per contributo disabilità legge 104/92**

da accreditarsi sul c/c Iban \_\_\_\_\_ a me intestato

ed a tal fine **allega la seguente documentazione:**

- a) **Copia ultima busta paga** c) **Certificato/autorizzazione INPS attestante disabilità GRAVE;**  
b) **Autocertificazione Stato di Famiglia**

Il lavoratore, preso atto che EBTB si riserva la facoltà di verificare la documentazione originale di ciascuna pratica per un anno dalla data di presentazione della domanda, si impegna a conservarla durante l'intero periodo.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_