



## DOMANDA DI RICHIESTA CONTRIBUTI

Spett.le E.N.M.O.A.  
Viale Abruzzo, 225  
66100 Chieti - CH

Il/La sottoscritto/a ..... Nato/a a ..... il .....

Residente a ..... Via/P.zza ..... n° ..... cap ..... Pr .....

Cod. Fisc. .... Tel/cell. .... email .....

IBAN .....

Titolare  Dipendente  della Azienda/Cooperativa .....

Indirizzo ..... n° ..... cap ..... Pr ..... Tel. ....

Fax ..... email .....

### CHIEDE A CODESTO SPETT.LE ENTE

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> contributo per protesi o cure dentarie                   | <input type="checkbox"/> contributo per occhiali da vista o lenti a contatto |
| <input type="checkbox"/> contributo per apparecchio acustico o ortopedico         | <input type="checkbox"/> contributo matrimoniale                             |
| <input type="checkbox"/> contributo natalità                                      | <input type="checkbox"/> sussidio funerario                                  |
| <input type="checkbox"/> fondo sostegno al Reddito <input type="checkbox"/> ..... |  |

Il/La sottoscritto/a allega alla presente la seguente documentazione

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> certificato medico        | <input type="checkbox"/> fattura originale o autenticata |
| <input type="checkbox"/> stato di famiglia         | <input type="checkbox"/> certificato di nascita          |
| <input type="checkbox"/> certificato di matrimonio | <input type="checkbox"/> UNILAV                          |
| <input type="checkbox"/> .....                     |  |

Firma .....

### DICHIARAZIONE DELL'AZIENDA O COOPERATIVA

L'Azienda, consapevole che il lavoratore per accedere alle prestazioni deve avere un'anzianità di iscrizione all'ENMOA di almeno sei mesi (anche non continuativi) e con non meno di 950 ore lavorative

#### dichiara sotto la propria responsabilità

che il/la dipendente ..... alle dipendenze dal .....

con contratto  Full-Time  Part-Time ..... %

è tutt'ora in forza  è stato/a licenziato/a o dimesso/a in data .....

Iscritto da almeno 6 mesi  numero ore lavorative pari o superiore a 950

*in fede*

Data .....

Firma e timbro .....