

**Contributo a favore di lavoratori licenziati per giustificato motivo oggettivo
Fondo Sostegno al Reddito E.BI.TER FORLI' – Accordo del 26/02/2026**

Prot. n. _____ Del _____ Data consegna _____ _____

Spett.le
E.BI.TER
P.le della Vittoria, 23 – FORLI'
Fondo Sostegno al Reddito

Il sottoscritto _____ codice fiscale _____
nato a _____ prov. _____ il _____ n. tel _____
residente in _____ prov. _____ cap _____ Via _____
alle dipendenze dell'Impresa _____
in regola con i versamenti della quota di adesione prevista dagli Accordi Nazionali e Provinciali
sita in _____ Via _____ prov. _____ cap _____
esercitante l'attività _____
CCNL applicato _____
assistito dalla O.S. _____ tel _____ fax _____

chiede

a seguito del licenziamento avvenuto in data _____ l'erogazione delle provvidenze di competenza EBITER FORLI' Fondo Sostegno al Reddito per il seguente intervento

Contributo per i lavoratori licenziati per giustificato motivo oggettivo.

A tal fine dichiara di aver presentato la domanda di iscrizione nella lista di disoccupazione il _____.

Inoltre dichiara che, nel periodo cui si riferisce la richiesta di contributo, pena la restituzione di tutto quanto percepito a titolo di beneficio dall'EBITER Forlì, Fondo Sostegno al Reddito, in caso di accertamento di situazione difforme, non ha trovato alcuna occupazione.

Chiede che il contributo stabilito gli venga liquidato direttamente e pertanto accreditato sulle seguenti coordinate bancarie:

Descrizione Banca DIPENDENTE _____ c/c intestato a _____ Codice IBAN _____
--

(N.B. La presente richiesta va inoltrata entro il 60° giorno decorso il periodo di disoccupazione relativo alla richiesta di contributo spettante (otto settimane dal licenziamento o minor periodo richiesto + 60 giorni per presentare la domanda)

Si allega:

1. copia lettera di licenziamento
2. copia ultime 3 buste paga
3. autocertificazione stato di disoccupazione
4. consenso privacy

_____ lì _____

Il Dipendente

Timbro e Firma O.S.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ c.f. _____ è 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. _____ lì _____ Firma _____
--

(parte riservata a EBITER FORLI')

Si approva in data ___/___/___ **; importo lordo complessivo riconosciuto: €.** _____

Si respinge in data ___/___/___ **per** _____

Pratica sospesa per _____ **il** _____

Data ___/___/___ **visto e timbro EBITER FORLI'**

Contributo per sospensione attività lavorativa
Fondo Sostegno al Reddito E.BI.TER FORLI' – Accordo del 26/02/2026

Prot. n. _____
Del _____
Data consegna _____

Spett.le
E.BI.TER
P.le della Vittoria, 23 – FORLI'
Fondo Sostegno al Reddito

Il sottoscritto _____ codice fiscale _____
nato a _____ prov. _____ il _____ n. tel _____
residente in _____ prov. _____ cap _____ Via _____
alle dipendenze dell'Impresa _____
in regola con i versamenti della quota di adesione prevista dagli Accordi Nazionali e Provinciali
sita in _____ Via _____ prov. _____ cap _____
esercenti l'attività _____
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 EBITER
FORLI' - Fondo Sostegno al Reddito per il seguente intervento

Contributo sospensione dell'attività

A tal fine dichiara di essere sospeso dal lavoro e dalla retribuzione dal _____ e fino
al _____

Inoltre dichiara di

essere nella condizione di poter usufruire di ammortizzatori sociali

non essere nella condizione di poter usufruire di ammortizzatori sociali

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

Descrizione Banca dell'AZIENDA _____ conto intestato a _____ CODICE IBAN _____

(n.b. La presente richiesta va inoltrata entro il 60° giorno dalla data di cessazione del periodo di
sospensione del rapporto di lavoro)

Si allega:

1. Accordo sindacale di sospensione
2. copia ultime 3 buste paga con retribuzione
3. copia buste paga con attestazione di mancato reddito relative all'intero periodo di
sospensione
4. consenso privacy

_____ lì _____

Il Dipendente

Timbro e Firma O.S.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ c.f. _____ è 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.

_____ lì _____ **Firma** _____

(parte riservata a EBITER FORLI'

Si approva in data ___/___/___; **importo lordo complessivo riconosciuto: €.** _____

Si respinge in data ___/___/___ **per** _____

Pratica sospesa per _____ **il** _____

Data ___/___/___ **visto e timbro EBITER FORLI'**

Contributo per riduzione attività lavorativa
Fondo Sostegno al Reddito E.BI.TER FORLI' – Accordo del 26/02/2026

Prot. n. _____ Del _____ Data consegna _____ _____

Spett.le
E.BI.TER
P.le della Vittoria, 23 – FORLI'
Fondo Sostegno al Reddito

Il sottoscritto _____ codice fiscale _____
nato a _____ prov. _____ il _____ n. tel _____
residente in _____ prov. _____ cap _____ Via _____
alle dipendenze dell'Impresa _____
in regola con i versamenti della quota di adesione prevista dagli Accordi Nazionali e Provinciali
sita in _____ Via _____ prov. _____ cap _____
esercenti l'attività _____
CCNL applicato _____
assistito dalla O.S. _____ tel _____ fax _____

chiede

a seguito della riduzione per _____ attivata dall'Azienda dal
_____ al _____ l'erogazione delle provvidenze di competenza EBITER FORLI'
- Fondo Sostegno al Reddito - per il seguente intervento

Contributo riduzione dell'attività

A tal fine dichiara che l'orario di lavoro è stato ridotto da ore _____ a ore _____ settimanali dal
_____ al _____

Inoltre dichiara di

essere nella condizione di poter usufruire di ammortizzatori sociali

non essere nella condizione di poter usufruire di ammortizzatori sociali

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

Descrizione Banca dell'AZIENDA _____ conto intestato a _____ CODICE IBAN _____

(n.b. La presente richiesta va inoltrata entro il 60° giorno dalla data di cessazione del periodo
riduzione dell'orario di lavoro)

Si allega:

1. Copia ultime 3 buste paga con retribuzione
2. copia buste paga con reddito ridotto relative all'intero periodo di riduzione
3. consenso privacy

_____ li _____

Il Dipendente

Timbro e Firma O.S.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ c.f. _____ è 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.

_____ li _____ **Firma** _____

(parte riservata a EBITER FORLI'

Si approva in data ___/___/___ **; importo lordo complessivo riconosciuto: €.** _____

Si respinge in data ___/___/___ **per** _____

Pratica sospesa per _____ **il** _____

Data ___/___/___ **visto e timbro EBITER FORLI'**

**Richiesta contributo a favore di lavoratori dimissionari per giusta causa
Fondo Sostegno al Reddito E.BI.TER FORLI' – Accordo del 26/02/2026**

Prot. n. _____ Del _____ Data consegna _____ _____

Spett.le
E.BI.TER
P.le della Vittoria, 23 – FORLI'
Fondo Sostegno al Reddito

Il/La sottoscritto/a _____ cod. fisc. _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____ n. tel. _____
residente in _____ Prov. _____ cap _____ Via _____
alle dipendenze dell'Impresa _____
in regola con i versamenti della quota di adesione prevista dagli Accordi Nazionali e Provinciali
sita in _____ Via _____ Prov. _____ cap _____
esercitante l'attività _____
CCNL applicato _____
assistito dalla O.S. _____ tel. _____ fax _____

chiede

a seguito delle dimissioni per giusta causa rassegnate in data ___/___/___ nei confronti della
summenzionata Azienda a seguito della mancata erogazione delle retribuzioni ordinarie relative ai
mesi di _____, l'erogazione delle provvidenze di
competenza EBITER FORLI' - Fondo Sostegno al Reddito, per il seguente intervento

Contributo per dimissioni giusta causa (per mancata percezione stipendi).

A tal fine dichiara di aver presentato la domanda di iscrizione nella lista di disoccupazione il
_____.

Inoltre dichiara che, nel periodo cui si riferisce la richiesta di contributo, pena la restituzione di tutto
quanto percepito a titolo di beneficio dall'EBITER Forli, Fondo Sostegno al Reddito, in caso di
accertamento di situazione difforme, non ha trovato alcuna occupazione.

**Chiede che il contributo stabilito gli venga liquidato direttamente e pertanto accreditato sulle
seguenti coordinate bancarie:**

Descrizione Banca DIPENDENTE _____ c/c intestato a _____ Codice IBAN _____
--

(N.B. La presente richiesta va inoltrata entro il 60° giorno decorso il periodo di disoccupazione relativo alla richiesta di
contributo spettante (otto settimane dalle dimissioni o minor periodo richiesto + 60 giorni per presentare la domanda)

Si allega:

1. copia lettera dimissioni per giusta causa con ricevuta (racc/ar – fax - pec)
2. copia ultime 3 buste paga ricevute e/o altra documentazione comprovante il motivo della giusta causa
3. autocertificazione stato di disoccupazione
4. consenso privacy

_____ lì _____

Il Dipendente

Timbro e Firma O.S.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ c.f. _____ è 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. _____ lì _____ Firma _____
--

(parte riservata a EBITER FORLI')

Si approva in data ___/___/___ **; importo lordo complessivo riconosciuto: €.** _____

Si respinge in data ___/___/___ **per** _____

Pratica sospesa per _____ **il** _____

Data ___/___/___ **visto e timbro EBITER FORLI'**

**Richiesta contributo per aspettativa non retribuita – lunga malattia (> 180 gg)
Fondo Sostegno al Reddito E.BI.TER FORLI' – Accordo del 26/02/2026**

Prot. n. _____ Del _____ Data consegna _____ _____

Spett.le
E.BI.TER
P.le della Vittoria, 23 – FORLI'
Fondo Sostegno al Reddito

Il/La sottoscritto/a _____ cod.fisc. _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____ n. tel. _____
residente in _____ Prov. _____ cap _____ Via _____
alle dipendenze dell'Impresa _____
in regola con i versamenti della quota di adesione prevista dagli Accordi Nazionali e Provinciali
sita in _____ Via _____ Prov. _____ cap _____
esercitante l'attività _____
CCNL applicato _____
assistito dalla O.S. _____ tel. _____ fax _____

chiede

a seguito del proseguimento del proprio stato di malattia oltre il c.d. comporto, periodo per cui contrattualmente spetta il diritto alla conservazione del posto di lavoro (180 gg), previa richiesta dell'aspettativa non retribuita di cui all'art. 181, c. 1 e 2 del CCNL, l'erogazione delle provvidenze di competenza EBITER FORLI' - Fondo Sostegno al Reddito, per il seguente intervento

Contributo per aspettativa non retribuita causata dal protrarsi della malattia oltre il periodo di comporto (>180 gg).

La durata dell'aspettativa non retribuita/indennizzata effettuata, nel rispetto del dettato contrattuale, riguarda il periodo dal ___/___/___ al ___/___/___.

Inoltre dichiara che nel periodo cui si riferisce la richiesta di contributo, pena la restituzione di tutto quanto percepito a titolo di beneficio dall'EBITER Forlì, Fondo Sostegno al Reddito, in caso di accertamento di situazione difforme, è proseguito lo stato di malattia dietro prognosi medica.

Chiede che il contributo stabilito gli venga liquidato direttamente e pertanto accreditato sulle seguenti coordinate bancarie:

Descrizione Banca DIPENDENTE _____ conto intestato a _____ CODICE IBAN _____

(N.B. La presente richiesta va inoltrata entro il 60° giorno dal termine del periodo di aspettativa non retribuita)

Si allega:

1. copia richiesta aspettativa non retribuita
2. copia accettazione richiesta aspettativa non retribuita
3. copia ultime 3 buste paga
4. certificati di malattia relativi al periodo di aspettativa
5. consenso privacy e copia documento identità

_____ lì _____

Il Dipendente

Timbro e Firma O.S.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ c.f. _____ è 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. _____ lì _____ Firma _____

(parte riservata a EBITER FORLI')

Si approva in data ___/___/___ **; importo lordo complessivo riconosciuto: €.** _____

Si respinge in data ___/___/___ **per** _____

Pratica sospesa per _____ **il** _____

Data ___/___/___ **visto e timbro EBITER FORLI'**

Richiesta di contributo per altre prestazioni
Fondo Sostegno al Reddito E.BI.TER FORLI' – Accordo del 26/02/2026

Prot. n. _____
Del _____
Data consegna _____

Spett.le
E.BI.TER
P.le della Vittoria, 23 – FORLI'
Fondo Sostegno al Reddito

Il/La sottoscritto/a _____ cod.fisc. _____
nato/a a _____ Prov. ____ il _____ n. tel. _____
residente in _____ Prov. ____ cap _____ Via _____
Titolare / Legale rappresentante dell'Impresa _____
in regola con i versamenti della quota di adesione prevista dagli Accordi Nazionali e Provinciali
sita in _____ Via _____ Prov. ____ cap _____
esercitante l'attività _____ c.f. _____
CCNL applicato _____
assistito dallo/a Studio/Associaz. _____ tel. _____ fax _____

chiede

il contributo (altre prestazioni) previsto dal Verbale di Accordo Sindacale Territoriale del 26/02/2026: (barrare con una X il contributo richiesto – **tutti a soglia massima**)

- Contributo per innovazione tecnologica
 Contributo per elaborazione e/o aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi
 Contributo per certificazione parità di genere

Chiede che il contributo stabilito gli venga liquidato direttamente e pertanto accreditato sulle seguenti coordinate bancarie:

Descriz. Banca AZIENDA _____	c/c intestato a _____
Codice IBAN _____	

(N.B. La presente richiesta va inoltrata entro il 60° giorno dalla data di installazione delle telecamere e di pagamento della relativa fattura)

Si allega:

- 1 copia accordo sindacale VDS
- 2 consenso privacy e copia documento identità

_____ lì _____

L'Azienda

Timbro e Firma Studio/Associazione

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ c.f. _____ è 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. _____ lì _____	Firma _____
---	--------------------

(parte riservata a EBITER FORLI')

Si approva in data ___/___/___ **; importo lordo complessivo riconosciuto: €.** _____

Si respinge in data ___/___/___ **per** _____

Pratica sospesa per _____ **il** _____

Data ___/___/___ **visto e timbro EBITER FORLI'**

**Richiesta di contributo per stabilizzazione dell'occupazione
Fondo Sostegno al Reddito E.BI.TER FORLI' – Accordo del 26/02/2026**

Prot. n. _____
Del _____
Data consegna _____

Spett.le
E.BI.TER
P.le della Vittoria, 23 – FORLI'
Fondo Sostegno al Reddito

Il/La sottoscritto/a _____ cod.fisc. _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____ n. tel. _____
residente in _____ Prov. _____ cap _____ Via _____
Titolare / Legale rappresentante dell'Impresa _____
in regola con i versamenti della quota di adesione prevista dagli Accordi Nazionali e Provinciali
sita in _____ Via _____ Prov. _____ cap _____
esercitante l'attività _____ c.f. _____
CCNL applicato _____
assistito dallo/a Studio/Associaz. _____ tel. _____ fax _____

chiede

L'erogazione del contributo forfettario lordo, di cui al Verbale di accordo e Regolamento FSR del 26/02/2026, che avverrà se la stabilizzazione avrà una durata ulteriore di almeno 24 mesi dietro dimostrazione della prosecuzione del rapporto.

Chiede che il contributo stabilito gli venga liquidato direttamente e pertanto accreditato sulle seguenti coordinate bancarie:

Descriz. Banca AZIENDA _____ c/c intestato a _____
Codice IBAN _____

(N.B. La presente richiesta va inoltrata entro il 60° giorno dalla data di installazione delle telecamere e di pagamento della relativa fattura)

Si allega:

- 1 copia lettera di assunzione a tempo determinato;
- 2 copia lettera di trasformazione a tempo determinato;
- 3 consenso privacy e copia documento identità;
- 4 scheda anagrafica del lavoratore rilasciata dal Centro per l'impiego attestante la trasformazione;
- 5 Libro Unico del Lavoro (busta paga) del 24° mese successivo alla stabilizzazione.

_____ li _____

L'Azienda

Timbro e Firma Studio/Associazione

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ c.f. _____ è 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. _____ li _____ Firma _____

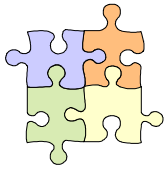
(parte riservata a EBITER FORLI')

Si approva in data ___/___/___ **; importo lordo complessivo riconosciuto: €.** _____

Si respinge in data ___/___/___ **per** _____

Pratica sospesa per _____ **il** _____

Data ___/___/___ **visto e timbro EBITER FORLI'**



E.BI.TER.

FORLI' E CIRCONDARIO

Informativa ai sensi degli artt.13-14 del Regolamento UE n. 679/2016 per il trattamento dei dati personali

Gentile Signore/a,

Ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 – Regolamento Europeo sulla Protezione dei Dati, sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il trattamento delle informazioni che la riguardano, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

1. Finalità del trattamento.

I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:

- gestire tutti gli adempimenti necessari all'espletamento della presente pratica;
- provvedere alle registrazioni obbligatorie per legge, e per i regolamenti che prevedono l'accesso alle prestazioni dell'Ente Bilaterale;
- elaborazione e predisposizione della documentazione atta ad adempiere agli obblighi contrattuali e di legge connessi a norme civilistiche, fiscali, e contabili.

2. Modalità del trattamento.

Il trattamento dei dati conferiti, effettuato nel rispetto delle finalità di cui sopra e comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi, viene eseguito con le seguenti modalità:

- in modo elettronico (con l'ausilio di mezzi informatici)
- in modo cartaceo (attraverso la raccolta dei documenti in fascicoli, schede, e archivi cartacei)

La conservazione dei dati sarà strettamente correlata all'adempimento degli obblighi contrattuali e di legge connessi a norme civilistiche, fiscali e contabili.

3. Natura del conferimento dei dati

Il conferimento dei Suoi dati personali è indispensabile per la realizzazione delle finalità sopra riportate; pertanto, il mancato consenso da parte Sua al trattamento renderà impossibile avviare, gestire e erogare le prestazioni da Lei richieste.

4. Comunicazione dei dati.

- I dati da Lei forniti saranno trattati dal Titolare del Trattamento, come indicato in calce, anche tramite personale dipendente, collaboratori, consulenti e incaricati, nonché da ogni altro soggetto che si rendesse necessario per il perseguimento delle finalità di cui sopra, con esclusione di qualunque fine commerciale. I dati potranno essere comunicati a terzi, quali enti pubblici e organi di vigilanza per adempiere a obblighi derivanti dalla legge.

5. Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento è **EBITER FORLI'** con sede in Forlì P.le della Vittoria n. 23 nella persona del Presidente pro tempore, legale rappresentante dell'ente. Tel. 0543/378013 – mail: info@ebiterfo.it

Consenso per Il Trattamento dei Dati ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016

Il/la sottoscritto/a _____, ricevuta e letta la presente informativa presta il consenso al trattamento dei propri dati.

Data _____

Firma _____