**TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:**

**DALLE ORE 9:00 DEL 8 MAGGIO 2025 ALLE ORE 17.00 DEL 31 DICEMBRE 2025**

**DA INVIARE CON EMAIL ALL’INDIRIZZO**

* **Per il territorio provinciale di Gorizia:** **lavoratori.go@ebt.fvg.it**
* **Per il territorio provinciale di Pordenone:** **lavoratori.pn@ebt.fvg.it**
* **Per il territorio provinciale di Trieste:** **lavoratori.ts@ebt.fvg.it**
* **Per il territorio provinciale di Udine:** **lavoratori.ud@ebt.fvg.it**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il sottoscritto | Nome | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | |
| Cognome | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | |
| Codice Fiscale | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | |
| Nato a: | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | il | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| Residente a / domiciliato a: | Comune | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | CAP |  |
| via | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | N. |  |
| Telefono |  | Cell. |  | |
| email | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | |

**In qualità di dipendente dell’impresa del settore del Commercio:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominazione | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | |
| Codice fiscale  o P.IVA | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | |
| Con sede legale in | Comune | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | CAP |  |
| via | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | N. |  |
| Con sede operativa di lavoro in | Comune | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | CAP |  |
| via | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | N. |  |
| Data cessazione rapporto di lavoro | Data | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |  |  |

**PER CIASCUNA LINEA DOVRÀ ESSERE PRESENTATA UNA SPECIFICA SINGOLA DOMANDA**

È ammissibile la presentazione di un massimo di 2 domande nel corso dell’anno per linee diverse. È possibile ottenere complessivamente un rimborso massimo di **€ 300,00**, fermo restando i diversi importi rimborsabili previsti per ciascun contributo.

**Presenta Domanda per (selezionare una sola casella):**

**Linea 1 - FORMAZIONE:**

☐ **PARTECIPAZIONE A CORSI DI FORMAZIONE** (per lavoratore dipendente)

☐ **TASSE UNIVERSITARIE** (per lavoratore dipendente o figli a carico)

**Linea 2 - SALUTE:**

☐ **ASSISTENZA STRAORDINARIA PER MALATTIA** (per lavoratore dipendente)

**Linea 3 – GENITORALITÀ, ASSISTENZA ALLA PERSONA, SPESE FUNERARIE:**

☐ **GENITORALITÀ, ASSISTENZA ALLA PERSONA, LIBRI DI TESTO SCOLASTICI E SPESE FUNERARIE** (per figli a carico/parente di 1° grado)

**Linea 4 - MOBILITÀ SOSTENIBILE:**

☐ **CONTRIBUTI SPESE PER IL TRASPORTO PUBBLICO** (per lavoratore dipendente o figli a carico)

**Linea 5 - BENESSERE DELLA PERSONA:**

☐ **ATTIVITÀ SPORTIVE E CULTURALI** (per lavoratore dipendente)

**D I C H I A R A**

☐ di conoscere e rispettare tutti i requisiti per l’accesso ai sostegni dell’Ente Bilaterale di cui al “Regolamento per la presentazione delle domande” e in particolare:

1. Sono beneficiari i dipendenti, delle imprese che applicano il CCNL per i dipendenti del settore del Terziario e che risultano regolarmente iscritte al Comitato provinciale di competenza dell’EBT F.V.G. da almeno 3 mesi.
2. I dipendenti dell’azienda potranno accedere ai contributi solamente per le sedi o filiali dell’impresa nella provincia di competenza dove viene versato il contributo all’Ente Bilaterale.
3. Il periodo di ammissibilità delle prestazioni / acquisti decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre 2025.
4. Le domande dovranno essere presentate entro le ore 17.00 del 31 dicembre 2025.
5. Le domande correttamente compilate saranno evase in ordine cronologico in base alla data e ora del ricevimento della email, sino ad esaurimento delle risorse disponibili.
6. La domanda verrà considerata correttamente ricevuta ed evasa solo se completa in tutte le sue parti e comprensiva di tutti i documenti richiesti.

☐ che il documento di spesa non è stato presentato per altre domande di contributo né dal dichiarante né da altro familiare

☐ di aver preso visione dell’informativa resa ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 6, Regolamento UE n. 679/16, agli artt. 13-14, Reg UE 2016/679 disponibile al sito web https://ebt.fvg.it e di aver compreso le informazioni in essa contenuta e presta il Suo consenso al trattamento dei dati personali per fini indicati nella suddetta informativa

*Do il consenso* ☐ *Nego il consenso* ☐

☐ di aver preso visione dell’informativa resa ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 6, Regolamento UE n. 679/16, agli artt. 13-14, Reg UE 2016/679 disponibile al sito web https://ebt.fvg.it e di aver compreso le informazioni in essa contenuta. Presta il Suo consenso al trattamento dei dati personali per fini indicati nella suddetta informativa quali l’invio via e-mail, posta e/o sms e/o contatti telefonici, newsletter, comunicazioni sui servizi offerti dall’Ente Bilaterale e rilevazione del grado di soddisfazione sulla qualità dei servizi

*Do il consenso* ☐ *Nego il consenso* ☐

**In riferimento alla richiesta per tasse universitarie, genitorialità, assistenza alla persona, contributo spese libri scolastici e spese funerarie, contributo spese per il trasporto** dichiara che, sono figli a carico o parenti di 1° grado del sottoscritto, le seguenti persone per le quali il lavoratore dipendente ha sostenuto la spesa:

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e cognome | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| Grado di parentela figlio/parente 1 | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
|  | |
| Nome e cognome | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| Grado di parentela figlio/parente 2 | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |

☐ dichiara che per il contributo libri scolastici il figlio è iscritto/frequenta la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (3a / 4 a / 5 a) della scuola secondaria di secondo grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per l’anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMUNICA

le seguenti **coordinate bancarie** per il versamento del contributo:

|  |  |
| --- | --- |
| **Conto corrente intestato a:** | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| Istituto bancario | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| Filiale di | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |

**CODICE IBAN N.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sigla int. | | Codice controllo | | CIN | ABI | | | | | CAB | | | | | NUMERO DI CONTO CORRENTE | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dichiara espressamente di esonerare EBT F.V.G. da ogni responsabilità in cui la medesima possa incorrere in conseguenza di inesatte indicazioni contenute nei suddetti riferimenti bancari e per effetto di mancata comunicazione delle varianti che dovessero essere apportate successivamente.

**Allega la seguente documentazione obbligatoria:**

☐ultime 3 buste paga attestanti il rapporto di lavoro con l’azienda e dalle quali si evince la trattenuta/contributo dell’Ente Bilaterale;

☐ ricevuta fiscale o fattura regolarmente quietanzata (ad esempio, inviare la copia del bonifico) intestate al richiedente o al figlio a carico/parente di 1° grado laddove previsto;

☐ copia del documento d’identità del lavoratore dipendente.

In aggiunta, per le seguenti linee, allega:

☐ per l’assistenza straordinaria per malattia: documentazione comprovante la prognosi e l’assenza dal lavoro, i cedolini con assenza di retribuzione;

☐ per il trasporto pubblico: l’abbonamento del lavoratore dipendente o del figlio a carico

☐ per i corsi di formazione: copia dell'attestato di partecipazione al corso di formazione

☐ per i libri scolastici: elenco dei testi scolastici per la classe di iscrizione/frequenza, fattura/ricevuta/ scontrino con indicazione del testo oppure attestazione della cartoleria con indicazione del testo

Qualora la domanda risulti errata o incompleta verrà comunicato tramite email e potrà essere ripresentata una sola volta completa di tutta la documentazione (il presente modulo e i documenti).

La domanda dovrà essere inviata preferibilmente in un unico file in formato pdf, comprensivo della domanda e dei relativi allegati, compresa la carta di identità del richiedente in caso di documento non firmato digitalmente.

Per ogni dettaglio si rimanda al Regolamento scaricabile dal sito internet web <https://ebt.fvg.it>

**Data:** Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Firma:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegare la carta di identità del lavoratore richiedente

**CATALOGO 2025 - LINEE DI INTERVENTO**

**PER IL PERSONALE DIPENDENTE**

*Il massimale di rimborso annuo complessivo è pari ad € 300,00 per ogni lavoratore*

*(salvo linea Salute/Assistenza Straordinaria Malattia)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OGGETTO** | | **IMPORTO DEL CONTRIBUTO** | | **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA** | |
| **LINEA 1 FORMAZIONE - PARTECIPAZIONE A CORSI DI FORMAZIONE** | | | | | |
| Beneficiari: lavoratori dipendenti  Contributo per le spese sostenute per partecipazione da parte dei lavoratori dipendenti a corsi di formazione il cui costo è sostenuto direttamente dal lavoratore dipendente. | | Il contributo annuo è pari al 50% della spesa sostenuta  Contributo massimo: € 200,00  Spesa minima sostenuta: €50,00 | | 1. fatture o ricevute relative alla spesa sostenuta per la partecipazione al/i corso/i di formazione   NB: la fattura/ricevuta deve indicare il titolo del corso, data e durata ed essere intestata al lavoratore dipendente beneficiario   1. copia del pagamento effettuato o fattura quietanzata con dichiarazione dell’Ente organizzatore che il pagamento è stato effettuato dal lavoratore dipendente). 2. copia dell'attestato di partecipazione al corso di formazione | |
| **LINEA 1 FORMAZIONE - TASSE UNIVERSITARIE** | | | | | |
| Beneficiari: lavoratori dipendenti e/o loro figli fiscalmente a carico  Contributo spese delle tasse universitarie per beneficiari o figli dei beneficiari per l’iscrizione all’anno scolastico in corso al momento della pubblicazione del bando (retta, prelaurea) per i lavoratori o figli a carico sostenute nel corso dell’anno del programma. | | Il contributo annuo è pari al 100% della spesa sostenuta dal lavoratore o dal figlio a carico, ad esclusione dei bolli.  Contributo massimo: € 200,00 | | 1. stato di famiglia (o autocertificazione attestante i figli a carico) 2. copia documentazione attestante i pagamenti delle tasse universitarie, che dovranno essere sostenuti dal lavoratore dipendente o dal figlio a carico | |
| **LINEA 2 SALUTE - ASSISTENZA STRAORDINARIA PER MALATTIA** | | | | | |
| Beneficiari: lavoratori dipendenti  Contributo una tantum con finalità assistenziale per far fronte agli effetti negativi derivanti da malattia di lunga durata. Il contributo decorre dal giorno successivo a quello in cui il lavoratore non ha più diritto all’integrazione economica da parte dell’INPS e/o da parte del datore di lavoro. | Il contributo è pari ad € 100,00 settimanali.    Contributo massimo: € 2.400,00  annuo, riproporzionato in caso di prestazione lavorativa part-time. | | 1. idonea documentazione comprovante la prognosi   2)idonea documentazione comprovante il periodo di assenza dal lavoro  3)cedolino senza integrazione economica | |
| **LINEA 3 GENITORALITÀ, ASSISTENZA ALLA PERSONA E SPESE FUNERARIE** | | | | |
| Beneficiari: figli fiscalmente a carico, genitori dei lavoratori dipendenti  Genitorialità/Assistenza: Rimborso spese per servizi di genitorialità, assistenza e sorveglianza di figli (es. spese per asili nido, doposcuola, centri estivi, babysitter) o dei genitori (es: assistenza anziani, casa di riposo/cura, spese per cure fisioterapiche per anziani, o disabili, servizi infermieristici per anziani o disabili, badanti)  Spese funerarie: rimborso spese funerarie in caso di decesso di parenti di 1° grado  Libri di testo: Rimborso spese sostenute per l’acquisto di libri di testo scolastici dei figli della scuola secondaria di secondo grado per le classi 3°, 4° e 5°, esclusi i libri in comodato, i testi riscattati dal comodato dell’anno scolastico, i dizionari, gli atlanti, le copertine. | Il contributo annuo è pari al 50% della spesa sostenuta dal lavoratore  Contributo massimo: € 300,00  Spesa minima sostenuta: €50,00  È escluso l’eventuale servizio mensa fornito dalle strutture. | | 1. 1) fatture o ricevute relative alla spesa sostenuta intestata al lavoratore o al beneficiario 2. copia del pagamento effettuato o fattura quietanzata (effettuati dal lavoratore) 3. stato di famiglia o autocertificazione del grado di parentela 4. nel caso di assistenza erogata da Istituti (es doposcuola, casa di riposo, ecc.): attestazione da parte dell’istituto dell’iscrizione e frequenza dell’utente assistito e il periodo di erogazione del servizio (se non già riportati nella fattura o altra documentazione da allegare) 5. Nel caso di acquisto libri scolastici, presentare:   - Elenco dei testi scolastici della scuola previsti per la classe di frequenza del figlio, con evidenza dei libri in comodato, per l’anno scolastico di competenza del Programma  - Fatture/ricevute quietanzate /scontrini relative ai libri scolastici acquistati con indicazione del titolo del testo oppure attestazione da parte della cartoleria/negoziante con indicazione dei titoli dei libri, se non già riportati nella fattura. | |
| **LINEA 4 - MOBILITÀ SOSTENIBILE – TRASPORTO PUBBLICO** | | | | |
| Beneficiari: lavoratori dipendenti e/o figli fiscalmente a carico  Contributo spese per abbonamenti per il trasporto pubblico per i beneficiari o i figli a carico (es. trasporto scolastico, ecc.). | Il contributo annuo è pari al 50% della spesa sostenuta dal lavoratore  Contributo massimo: € 200,00  Spesa minima sostenuta: €50,00 | | 1. stato di famiglia (o autocertificazione attestante i famigliari a carico); 2. copia dell’abbonamento del trasporto pubblico; 3. copia documentazione attestante i pagamenti del trasporto (abbonamenti trasporto pubblico). I pagamenti devono essere effettuati esclusivamente dal lavoratore beneficiario. | |
| **LINEA 5 - BENESSERE DELLA PERSONA - ATTIVITÀ SPORTIVE E CULTURALI** | | | | |
| Beneficiari: lavoratori dipendenti  Rimborso abbonamento per attività sportiva del lavoratore (es. palestra, nuoto, corso di ginnastica)  Rimborso singolo evento sportivo (es: singola partita/match o altro evento sportivo), esclusivamente se nominativo e intestato al lavoratore  Rimborso abbonamento evento sportivo, esclusivamente se nominativo e intestato al lavoratore  Rimborso singolo evento culturale, (es. biglietto per spettacolo/teatro, acquisto biglietto concerto, ecc.), esclusivamente se nominativo e intestato al lavoratore  Rimborso abbonamento per attività culturale (es. abbonamento per spettacoli e teatro, acquisto abbonamento cinema, ecc.), esclusivamente se nominativo e intestato al lavoratore  E’ ammissibile un solo abbonamento o evento per lavoratore dipendente.  Non è ammissibile l’acquisto di beni o servizi erogati online (es. abbonamenti TV o servizi TV di streaming o on- demand, ebook, ecc.). | Il contributo annuo è pari al 50% della spesa sostenuta dal lavoratore  Contributo massimo: € 200,00  Spesa minima sostenuta: €50,00  Sono ammissibili la quota associativa e le commissioni accessorie | | 1)Abbonamento attività sportiva del lavoratore: fattura/ricevuta fiscale (annuale, plurimensile o rateale) regolarmente quietanzata intestata al beneficiario  2)Eventi sportivi e culturali:  fattura/ricevuta fiscale regolarmente quietanzata intestata al beneficiario. I pagamenti devono essere effettuati esclusivamente dal lavoratore beneficiario (non intestati a nominativi diversi da quello del lavoratore dipendente) | |