

# Verbale di Accordo Sindacale Territoriale

## Prestazioni del Fondo Sostegno al Reddito a favore dei Lavoratori e Fondo Interventi alle Aziende

Il giorno 12.05.2008 presso la sede Provinciale della Confcommercio di Modena è stato stipulato il seguente accordo

TRA

Confesercenti rappresentata dal Direttore Gen. Tamara Bertoni, assistita da Stefania Benassati Toraci

Confcommercio rappresentata dal Direttore Gen. Claudio Furini, assistito da Chiara Benuzzi

E

Filcams-Cgil rappresentata da Marzio Govoni e Maurizio Guidotto  
Fisecat-Cisl rappresentata da Elmina Castiglioni e Liliana Castiglioni  
Uiltucs-Uil rappresentata da Lorenzo Tollari

### FONDO SOSTEGNO REDDITO

#### Regolamentazione generale

*Per usufruire delle diverse prestazioni e/o sussidi erogati dall'Ente Bilaterale di cui al presente verbale, il/la dipendente deve risultare in regola con il versamento delle quote contributive da almeno tre mesi prima della data della domanda e l'azienda da almeno dodici mesi prima della data della domanda.*

*Ogni domanda deve essere presentata tramite apposito modulo e corredata degli allegati richiesti.*

*Il contributo massimo annuo erogabile, anche cumulando più prestazioni e/o sussidi, a favore di uno stesso Lavoratore/Lavoratrice e/o nucleo familiare, non potrà superare l'importo massimo pari a € 1.200,00.*

*Al lavoratore/lavoratrice in forza con rapporto part time su due aziende, qualora presenti la medesima richiesta di contributo per entrambi i rapporti di lavoro si applicheranno gli importi e/o i tetti massimi previsti per il rapporto full-time.*

*Le domande dovranno essere presentate entro 60 giorni da quando si verifica la situazione prevista per il diritto alla prestazione, fatta eccezione per la erogazione denominata "Sussidio straordinario ai dipendenti in malattia oltre il 180° giorno" per la quale si è indicata una diversa scadenza, e comunque dovranno essere presentate entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello al quale la prestazione si riferisce e saranno liquidate entro il successivo mese di aprile.*

*Entro il mese di Novembre di ogni anno, la Parti si incontreranno per determinare:*

- l'entità del Fondo Sostegno al Reddito dei Lavoratori a disposizione per ogni singola prestazione e/o sussidio individuati per l'anno successivo;
- eventuali prestazioni e/o sussidi aggiuntivi a quelli già concordati;
- adeguamenti delle prestazioni e/o sussidi già concordati;
- gli stanziamenti per ogni tipo di prestazione.



La domanda deve essere inoltrata su apposito modulo allegando: copia stato di famiglia, copia certificazione medica della persona disabile rilasciata da Ente Pubblico, copia delle buste paga degli ultimi tre mesi.

### **Inserimento nido e/o scuola materna (Fsr 7.1)**

L'Ente bilaterale erogherà alle Lavoratrici e ai Lavoratori che per effettuare l'inserimento al nido o alla scuola materna di uno o più figli utilizzassero, dopo l'esaurimento dei permessi retribuiti previsti dai CCNL vigenti, di più giorni di permessi non retribuiti qualora concordati con il datore di lavoro, un contributo pari a € 50,00 se full time e € 30,00 euro se part time per ogni giorno di assenza dal lavoro non retribuita, fino ad un massimo di € 250,00 se full time e 150,00 se part time, complessivi per prestazione annua e per figlio.

Alla domanda dovrà essere allegata copia della busta paga dalla quale risulti la fruizione dei permessi non retribuiti.

### **Sussidio straordinario ai dipendenti in malattia oltre il 180° giorno (Fsr 8.1)**

Ai lavoratori che intendano beneficiare, al termine del periodo di conservazione del posto di lavoro di 180 giorni, dell'ulteriore aspettativa non retribuita non superiore a 120 giorni, secondo le modalità previste dai rispettivi CCNL di settore al capitolo "Conservazione del posto", viene erogato un sussidio proporzionale al periodo di aspettativa e all'orario di lavoro dei contratti individuali per un importo massimo di € 1.000,00 annuo.

La domanda dovrà essere inoltrata entro 60 giorni dallo scadere del periodo di aspettativa, tramite apposito modulo allegando: copia dichiarazione dell'Azienda attestante la concessione della proroga dell'astensione al lavoro, copia dichiarazione dell'Azienda attestante il periodo di aspettativa effettivamente utilizzato, copia delle buste paga del periodo di malattia.

Il sussidio sarà pari ad euro 60,00 settimanali se full time e di euro 35,00 se part time.

### **Prestazioni sanitarie (Fsr 9.1)**

Viene introdotto un sussidio a fronte di spese sanitarie sostenute direttamente dal lavoratore relativamente al limite dell'importo sotto specificato, per:

- protesi oculistiche relative alle sole lenti (comprese lenti a contatto)
- protesi acustiche
- protesi ortopediche
- protesi dentistiche
- detartrasi
- vaccino antinfluenzale

con massimo erogabile nel biennio di euro 200,00 per lavoratore.

### **Contributo per spese sanitarie a favore dei figli minori di 18 anni**

Le Parti si incontreranno entro il mese di dicembre 2008 per verificare le compatibilità economiche necessarie alla introduzione di erogazioni a copertura di

spese per protesi sanitarie (es.: oculistiche, ortopediche, ecc.) sostenute da parte dei Lavoratori dipendenti per i propri figli.

In tale sede si individueranno la tempistica e le modalità per l'eventuale introduzione di tali prestazioni.

### Sospensioni dell'attività lavorativa (Fsr 2.1)

Si riconosce un contributo a fronte della sospensione dell'attività lavorativa conseguente a crisi di settore e aziendale, eventi meteorologici e ristrutturazioni aziendali e/o eventi di forza maggiore.

Detta prestazione sarà riconosciuta ed erogata con le stesse modalità già utilizzate in precedenza e di cui agli Accordi relativi, fatta eccezione per gli importi in erogazione, che a partire dal 1° gennaio 2008 saranno così rivalutati:

#### Prestazioni

#### Contributo

Contributo per sospensione dell'attività lavorativa conseguente a : crisi di settore e aziendale, eventi meteorologici, ristrutturazioni aziendali e/o eventi di forza maggiore	<b>Euro 100,00 per settimana</b> <small>se full-time</small> <b>Euro 50,00 per Part-time</b> per un massimo di 6 settimane per l'anno di calendario
---	---

### Licenziamento per giustificato motivo oggettivo (Fsr 1.1)

Si riconosce un contributo per i lavoratori licenziati per giustificato motivo oggettivo.

Detta prestazione sarà riconosciuta ed erogata con le stesse modalità già utilizzate in precedenza e di cui agli Accordi relativi, fatta eccezione per gli importi in erogazione che a partire dal 1° gennaio 2008 saranno così rivalutati:

#### Prestazioni

#### Contributo

Contributo per i lavoratori licenziati per giustificato motivo oggettivo	<b>Euro 100,00 per settimana</b> <small>se full-time</small> <b>Euro 50,00 per i Part-time</b> per un massimo di 6 settimane di disoccupazione per anno mobile
--	--

### FONDO INTERVENTI ALLE AZIENDE

*Le parti in considerazione degli accordi politici siglati il 31 Maggio 2002 e il 1° Agosto 2005 che hanno istituito e disciplinato l'attività del Fondo denominato Fondo Interventi alle Aziende, concordano di integrare le prestazioni già erogate dal Fondo a favore per le imprese con l'obiettivo di migliorare le condizioni di lavoro negli ambienti lavorativi, incentivare l'informatizzazione professionale dei*





Le parti si incontreranno annualmente per valutare l'applicazione, le compatibilità economiche ed i contenuti delle singole prestazioni nonché lo stanziamento dei singoli capitoli di prestazione .

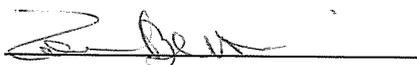
L'accordo decorre dal 01.01.2008 e supera ogni precedente accordo in tema di prestazioni del fondo sostegno reddito e Fondo interventi alle imprese.

Le parti concordano di incontrarsi per valutare un' eventuale armonizzazione in presenza di accordi sull'argomento stipulati successivamente a livello regionale o nazionale o in caso di modifiche normative inerenti i contenuti del presente accordo.

Letto, approvato e sottoscritto.

p. Confesercenti

Bertoni Tamara



S.Benassati Toraci

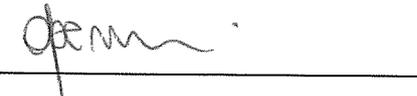


p. Confcommercio

Furini Claudio



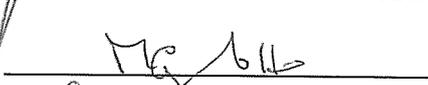
D.ssa Chiara Benuzzi



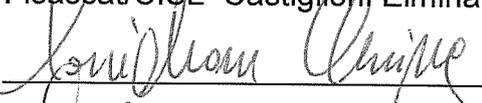
Filcams/CGIL Govoni Marzio



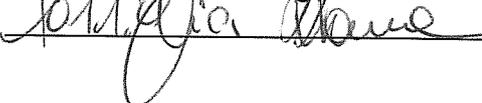
Filcams/CGIL Guidotto Maurizio



Fisascat/CISL Castiglioni Elmina



Fisascat/CISL Castiglioni Liliana



Uiltucs/UII Tollari Lorenzo



**EBIM**  
**Fondo Interventi Aziende**  
**Richiesta di contributo**  
**Mod. F.I.A. 2.2**

*Spett.le*  
**Comitato di Gestione Ebim**  
**Fondo Interventi Aziende**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
alle dipendenze dell'Impresa \_\_\_\_\_  
in regola con i versamenti della quota di adesione prevista dagli Accordi Nazionali e Provinciali  
sita in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
esercitante l'attività di \_\_\_\_\_ CCNL applicato \_\_\_\_\_

Descrizione Banca.....intestato .....

IBAN.....

*(La presente richiesta va inoltrata entro il 60° giorno da quando si verifica la situazione prevista per il diritto alla prestazione; nel caso di richiesta di finanziamento per più prestazioniI devono essere presentati modelli distinti per ogni singola richiesta di contributo )*

**dichiara**

di essere in regola con i versamenti dovuti agli enti bilaterali / organismi sicurezza e contributi previsti dai Accordi Collettivi Nazionali e provinciali e comunica di essere assistito dall'Associazione/Studio \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**chiede**

l'erogazione delle provvidenze di competenza EBIM, Fondo Interventi Aziende, in quanto l'impresa ha sostenuto spese relative a:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Innovazione tecnologica</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Atti vandalici a strutture e beni aziendali</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Stabilizzazione dei lavoratori svantaggiati</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Miglioramento dell'ambiente lavorativo in materia di sicurezza</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Straordinario per innovazione in tema di risparmio energetico e di impatto ambientale</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Formazione aggiuntiva rispetto a quella obbligatoria prevista per la sicurezza dal d.lgs.626/94 e ss.</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Sospensione dell'attività lavorativa per n° _____ lavoratori a causa eventi di forza maggiore dal _____ al _____ determinata con accordo sindacale del _____ (allegare copia)</b> |   |

Descrizione sintetica intervento \_\_\_\_\_

Si allega in copia documentazione comprovante la spesa, come previsto da accordo del 12.05.2008:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

**EBIM**  
**Fondo Sostegno al Reddito dei dipendenti**  
**Contributo a sostegno di Maternita' e/o Congedi parentali**  
**Mod. F.S.R. 4.1**

Spett.le

**Comitato di Gestione EBIM**  
**Fondo Sostegno al Reddito**

Il/la sottoscritto/a _____ cod. fiscale _____ Nato/a a _____ prov. _____ il _____ residente in _____ prov. _____ cap _____ 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 _____
--

**chiede**

l'erogazione delle provvidenze di competenza EBIM Fondo Sostegno al Reddito per il seguente intervento:

**Permessi giornalieri per malattia del figlio minore entro gli anni 8**

**Contributo a forfait per un periodo di aspettativa non retribuita**

A tal fine dichiara;

Di essere in forza con contratto full-time

Di essere in forza con contratto part-time

Si allega in copia:  Ultima busta paga

Certificato di nascita figlio/a

Chiede che il contributo stabilito gli venga liquidato tramite l'azienda e pertanto accreditato sulle seguenti coordinate bancarie o pagato con assegno bancario:

Descrizione Banca.....intestato ..... IBAN.....
--

*(nb. - La presente richiesta va inoltrata entro il 60° giorno da quando si verifica la situazione prevista per il diritto alla prestazione)*

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il ..... C.F.....  
 è consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso atti falsi, ai sensi art.76 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n.445.

....., li .....

Firma .....

(parte riservata alla Commissione Paritetica di Ebim)

**Si approva il \_\_\_\_\_ importo lordo riconosciuto: € \_\_\_\_\_**

**Si respinge il \_\_\_\_\_ (motivo) \_\_\_\_\_**

**Pratica sospesa il \_\_\_\_\_ (motivo) \_\_\_\_\_**

**Visto e timbro della Commissione Paritetica**

Prot. n° \_\_\_\_\_

Del \_\_\_\_\_

Data consegna \_\_\_\_\_

**EBIM**  
**Fondo Sostegno al Reddito dei dipendenti**  
**Contributo spese per centri estivi**  
**Mod. F.S.R. 5.1**

*Spett.le*

**Comitato di Gestione Ebim**

**Fondo Sostegno al Reddito**

Il/la sottoscritto/a _____ cod. fiscale _____
Nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente in _____ prov. _____ cap _____
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 _____

**chiede**

l'erogazione delle provvidenze di competenza EBIM Fondo Sostegno al Reddito per il seguente intervento:

**Contributo spese per centri estivi**

Si allega documentazione comprovante la spesa:

Chiede che il contributo stabilito gli venga liquidato tramite l'azienda e pertanto accreditato sulle seguenti coordinate bancarie o pagato con assegno bancario:

Descrizione Banca.....intestato .....
IBAN.....

*(n.b. - La presente richiesta va inoltrata entro il 60° giorno da quando si verifica la situazione prevista per il diritto alla prestazione)*

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il ..... C.F.....  
è consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso atti falsi, ai sensi art.76 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n.445.

....., li ..... Firma .....

(parte riservata alla Commissione Paritetica di Ebim)

**Si approva il \_\_\_\_\_ importo lordo riconosciuto: € \_\_\_\_\_**

**Si respinge il \_\_\_\_\_ (motivo) \_\_\_\_\_**

**Pratica sospesa il \_\_\_\_\_ (motivo) \_\_\_\_\_**

**Visto e timbro della Commissione Paritetica**

Prot. n° \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_  
Data consegna \_\_\_\_\_

**EBIM**  
**Fondo Sostegno al Reddito dei dipendenti**  
**Contributo per l'assistenza ai figli disabili**  
**Mod. F.S.R. 6.1**

*Spett.le*  
**Comitato di Gestione Ebim**  
**Fondo Sostegno al Reddito**

Il/la sottoscritto/a _____ cod. fiscale _____ Nato/a a _____ prov. _____ il _____ residente in _____ prov. _____ cap _____ 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 di _____ CCNL applicato _____
--

**chiede**

l'erogazione delle provvidenze di competenza EBIM Fondo Sostegno al Reddito per il seguente intervento:

**Contributo per l'assistenza ai figli disabili.**

Si allega in copia:

Stato di famiglia     Certificazione medica del disabile     Buste paga degli ultimi tre mesi

Chiede che il contributo stabilito gli venga liquidato tramite l'azienda e pertanto accreditato sulle seguenti coordinate bancarie o pagato con assegno bancario:

Descrizione Banca.....intestato .....
IBAN.....

*(n.b. - La presente richiesta va inoltrata entro il 60° giorno da quando si verifica la situazione prevista per il diritto alla prestazione)*

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il ..... C.F.....  
è consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso atti falsi, ai sensi art.76 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n.445.

....., li ..... Firma .....

(parte riservata alla Commissione Paritetica di Ebim)

- Si approva il \_\_\_\_\_ importo lordo riconosciuto: € \_\_\_\_\_**  
 **Si respinge il \_\_\_\_\_ (motivo) \_\_\_\_\_**  
 **Pratica sospesa il \_\_\_\_\_ (motivo) \_\_\_\_\_**

**Visto e timbro della Commissione Paritetica**

**EBIM**  
**Fondo Sostegno al Reddito dei dipendenti**  
**Contributo per inserimento nido e/o scuola materna**  
**Mod. F.S.R. 7.1**

Spett.le  
**Comitato di Gestione Ebim**  
**Fondo Sostegno al Reddito**

Il/la sottoscritto/a _____ cod. fiscale _____
Nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente in _____ prov. _____ cap _____
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 _____

**chiede**

l'erogazione delle provvidenze di competenza EBIM Fondo Sostegno al Reddito per il seguente intervento:

**Contributo per inserimento nido e/o scuola materna**

A tal fine dichiara:

Di essere in forza con contratto full-time     Di essere in forza con contratto part-time

Si allega:  Copia della busta paga dalla quale risulti la fruizione dei permessi n/n retribuiti

Chiede che il contributo stabilito gli venga liquidato tramite l'azienda e pertanto accreditato sulle seguenti coordinate bancarie o pagato con assegno bancario:

Descrizione Banca.....intestato .....
IBAN.....

*(n.b. - La presente richiesta va inoltrata entro il 60° giorno da quando si verifica la situazione prevista per il diritto alla prestazione)*

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il ..... C.F.....  
è consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso atti falsi, ai sensi art.76 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n.445.

....., li ..... Firma .....

(parte riservata alla Commissione Paritetica di Ebim)

Si approva il \_\_\_\_\_ importo lordo riconosciuto: € \_\_\_\_\_

Si respinge il \_\_\_\_\_ (motivo) \_\_\_\_\_

Pratica sospesa il \_\_\_\_\_ (motivo) \_\_\_\_\_

**Visto e timbro della Commissione Paritetica**

**EBIM**  
**Fondo Sostegno al Reddito dei dipendenti**  
**Contributo straordinario ai dipendenti in malattia oltre il 180° giorno**  
**Mod. F.S.R. 8.1**

Spett.le  
**Comitato di Gestione Ebim**  
**Fondo Sostegno al Reddito**

Il/la sottoscritto/a _____ cod. fiscale _____ Nato/a a _____ prov. _____ il _____ residente in _____ prov. _____ cap _____ 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 di _____ CCNL applicato _____
--

**chiede**

l'erogazione delle provvidenze di competenza EBIM Fondo Sostegno al Reddito per il seguente intervento:

**Contributo straordinario ai dipendenti in malattia oltre il 180° giorno**

A tal fine dichiara:

Di essere in forza con contratto full-time     Di essere in forza con contratto part-time

Si allega in copia:  Dich. azienda attestante concessione della proroga dell'astensione al lavoro  
 Dich. Azienda attestante il periodo di aspettativa effettivamente utilizzato  
 Buste paga del periodo di malattia

Chiede che il contributo stabilito gli venga liquidato tramite l'azienda e pertanto accreditato sulle seguenti coordinate bancarie o pagato con assegno bancario:

Descrizione Banca.....intestato .....
IBAN.....

*(n.b. - La richiesta va inoltrata entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello al quale la presazione si riferisce)*

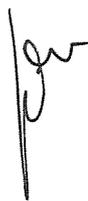
\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il ..... C.F.....  
è consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso atti falsi, ai sensi art.76 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n.445.

....., li ..... Firma .....

(parte riservata alla Commissione Paritetica di Ebim)	
<input type="checkbox"/> Si approva il _____	importo lordo riconosciuto: € _____
<input type="checkbox"/> Si respinge il _____	(motivo) _____
<input type="checkbox"/> Pratica sospesa il _____	(motivo) _____

**Visto e timbro della Commissione Paritetica**


**EBIM**  
**Fondo Sostegno al Reddito dei dipendenti**  
**Contributo per prestazioni sanitarie**  
**Mod. F.S.R. 9.1**

Spett.le  
**Comitato di Gestione Ebim**  
**Fondo Sostegno al Reddito**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
alle dipendenze dell'Impresa \_\_\_\_\_  
in regola con i versamenti della quota di adesione prevista dagli Accordi Nazionali e Provinciali  
sita in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
esercitante l'attività di \_\_\_\_\_ CCNL applicato \_\_\_\_\_

**chiede**

l'erogazione delle provvidenze di competenza EBIM Fondo Sostegno al Reddito per il seguente intervento:

- Protesi oculistiche relative alle sole lenti (comprese lenti a contatto)**
- Protesi acustiche**     **Protesi ortopediche**     **Detartrasi**     **Protesi dentistiche**
- Vaccino antinfluenzale**
- Si allega documentazione comprovante la spesa: .....

Chiede che il contributo stabilito gli venga liquidato tramite l'azienda e pertanto accreditato sulle seguenti coordinate bancarie o pagato con assegno bancario:

Descrizione Banca.....intestato .....

IBAN.....

*(n.b. - La presente richiesta va inoltrata entro il 60° giorno da quando si verifica la situazione prevista per il diritto alla prestazione)*

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il ..... C.F.....  
è consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso atti falsi, ai sensi art.76 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n.445.

....., li ..... Firma .....

(parte riservata alla Commissione Paritetica di Ebim)

- Si approva il \_\_\_\_\_ importo lordo riconosciuto: € \_\_\_\_\_**
- Si respinge il \_\_\_\_\_ (motivo) \_\_\_\_\_**
- Pratica sospesa il \_\_\_\_\_ (motivo) \_\_\_\_\_**

**Visto e timbro della Commissione Paritetica**

# EBIM

## INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Documento informativo ai sensi e per gli effetti  
di cui all'art.13 del D.Lgs.30 giugno 2003 n.196

In osservanza a quanto previsto dal D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196, siamo a fornirLe le dovute informazioni in ordine alle finalità e modalità del trattamento dei Suoi dati personali, nonché l'ambito di comunicazione e diffusione degli stessi, la natura dei dati in nostro possesso e il loro conferimento.

### Finalità trattamento

- Adempimenti legati alle procedure del Fondo Sostegno al Reddito per i dipendenti e al Fondo Interventi Imprese, per la richiesta e l'erogazione del contributo richiesto
- Attività di raccolta ed elaborazione dati per osservatori e le promozioni legate alle finalità statutarie di EBIM
- Comunicazioni legate alla divulgazione delle attività, degli studi e delle opportunità verso aziende e persone associate
- Adempimenti degli obblighi di amministrazione, contabilità e commerciali legati all'Ente
- Obblighi previsti dalla legge in materia civile e fiscale

### Modalità di trattamento

Il trattamento sarà effettuato sia in forma manuale che con l'ausilio di sistemi informatici e ad opera di soggetti di ciò appositamente incaricati

### Ambito di comunicazione e diffusione

I suoi dati, oggetto del trattamento saranno/potranno essere in seguito comunicati a:

- Società legate all'esame e all'organizzazione del Fondo Sostegno al Reddito dei dipendenti e del Fondo Interventi Imprese
- Società legate alle analisi ed elaborazione dati per la realizzazione degli studi dell'osservatorio
- All'ufficio amministrativo di EBIM, ad associazioni di categoria e ai Sindacati che hanno costituito EBIM per le finalità sopra indicate

I dati saranno altresì comunicati a consulenti esterni per l'espletamento di parte degli obblighi imposti dalle leggi vigenti, ferma restando la garanzia di tutela dei diritti dell'interessato.

Ogni ulteriore comunicazione o diffusione avverrà solo previo Suo esplicito consenso.

### Natura del conferimento

Il conferimento dei dati è per Lei obbligatorio in quanto è necessario al fine di adempiere agli obblighi di legge e/o contrattuali, contabili, retributivi, previdenziali, fiscali.

Il titolare rende noto, inoltre, che l'eventuale non comunicazione, o comunicazione errata, di una delle informazioni obbligatorie, ha come conseguenze emergenti:

- l'impossibilità del titolare di garantire la congruità del trattamento stesso ai patti contrattuali per cui esso sia eseguito;
- la possibile mancata corrispondenza dei risultati del trattamento stesso agli obblighi imposti dalla normativa fiscale, amministrativa o del lavoro cui esso è indirizzato.

Lei potrà far valere i propri diritti come espressi dagli artt.7, 8, 9 e 10 del D.Lgs. 196/2003 rivolgendosi al titolare del trattamento: EBIM