Mod. 1

Intesa Sanpaolo S.p.A.
Direzione Centrale Affari Sindacali e Politiche del Lavoro
Amministrazione e Operations HR
Via Mazzini 7/9
45100 Rovigo

Oggetto: provvidenze per il coniuge, i figli o equiparati, il convivente, portatori di handicap

Il/La sottoscritto/a:

Cognome			Nome		
Società				C.I.D.(*)	
codice UOG		descrizione UOG		telefono ufficio	

(*) reperibile nel cedolino paga

CHIEDE

in base alle regole in materia di provvidenze economiche a favore dei parenti portatori di handicap grave, la corresponsione della provvidenza di € 3.000,00 lordi per:

❑ il figlio/a, coniuge .....*

❑ l'equiparato/a.....*

❑ il convivente .....*

portatore di grave handicap fisico o psichico (cfr. documentazione allegata).

Dichiara che il predetto familiare è a proprio carico secondo il criterio a suo tempo seguito per la corresponsione degli assegni familiari.

Allegato: certificato medico

stato di famiglia (solo per richiesta relativa al convivente)

....

(data) (firma)

(barrare la/e casella/e di interesse inserendo i dati richiesti)