

MODULO RICHIESTA CONTRIBUTI DI STUDIO/PREST

La richiesta deve essere compilata e firmata dai **figli dei lavoratori se maggiorenni**.

Nel caso di figli minorenni deve essere compilata e firmata dal lavoratore

Inserire i dati del figlio richiedente
Lo studente

DELAJ FLAVIA

nato il 09/02/2011 a

FIRENZE

codice fiscale DLJFLV11B49D612P

domiciliato FIRENZE

Via/Piazza PIETRO MARONCELLI, 18

CAP

figlio/a del lavoratore DELAJ BLERIM

nato il 31/01/1982

Tel. 3205338661 attualmente occupato presso l'impresa

preso atto dei Regolamenti vigenti, inoltra la presente domanda al fine di ottenere la/e prestazione/i sotto specificata/e

(INDICARE BARRANDO LE/A CASELLE/A):

CONTRIBUTI ASILI NIDO

Anno Scolastico

Allegare:

- 1) Autocertificazione dello stato di famiglia sottoscritto dal lavoratore iscritto
- 2) Certificato di iscrizione

Anno Scolastico

Allegare:

- 1) Autocertificazione dello stato di famiglia sottoscritto dal lavoratore iscritto
- 2) Certificato di frequenza

Anno Scolastico 22/23

Allegare:

- 1) Autocertificazione dello stato di famiglia sottoscritto dal lavoratore iscritto nel caso di figlio minorenne
- 2) Certificato di frequenza (dopo 2 mesi dall'inizio dell'anno scolastico)

Anno Scolastico

Allegare:

- 1) Autocertificazione dello stato di famiglia sottoscritto dal lavoratore iscritto nel caso di figlio minorenne
- 2) Dichiarazione Scuola dei voti conseguiti

Anno Accademico

Allegare:

- 1) Autocertificazione dello stato di famiglia
- 2) Dichiarazione Università attestante il superamento di almeno un esame relativo all'Anno Accademico (per il 1° anno)
- 3) Dichiarazione Università attestante il superamento della metà degli esami previsti dal Piano di Studi (per gli anni successivi al 1°)
- 4) Copia del Piano di Studio

Anno Accademico

Allegare:

- 1) Dichiarazione Università attestante gli esami sostenuti e le votazioni conseguite per i singoli esami e che gli esami stessi sono tutti quelli previsti dal Piano di Studio approvato dalla Presidenza della Facoltà, in relazione all'Anno Accademico

CONTRIBUTI UNIVERSITA'

CONTRIBUTO DI ISCRIZIONE

PREMIO DI PROFITTO

CONTRIBUTI UNIVERSITA'

CONTRIBUTO DI ISCRIZIONE

PREMIO DI PROFITTO

Il pagamento della prestazione dovrà avvenire con bonifico bancario sulle seguenti coordinate IBAN:

PAESE	CH. DIGIT	CIN	ABI	CAB	C/c

Intestatario del conto corrente

SI RACCOMANDA DI INSERIRE IL CODICE IBAN

il Sottoscritto dichiara:

1. Di non aver percepito da altre Casse Edili quanto richiesto con la presente domanda
2. Di aver diritto alla detrazione per redditi di lavoro dipendente ai sensi dell'art. 13 del Testo Unico delle imposte sui redditi
3. Di non percepire redditi o di percepire i seguenti redditi (specificare la natura e l'importo) _____
4. Di autorizzare al trattamento dei propri dati personali secondo quanto di seguito.

Dichiarazione di consenso per il trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE Privacy-GDPR 2016/679

Il Sottoscritto assunta visione e lettura dell'Informativa Privacy ai sensi dell'art. 13 del REG. UE 2016/679 di Cassa Edile Firenze nella relativa versione integrale al seguente indirizzo www.cassafidefirenze.it/privacy e in particolare reso edotto/a che per maggiori informazioni e per esercitare i propri Diritti Privacy può scrivere a privacy@cassafidefirenze.it, consapevole che l'eventuale rifiuto di fornire i propri dati per le finalità di cui nella ridetta Informativa Privacy determinerebbe l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso ai benefici medesimi PRESTA CONSENSO al trattamento dei propri dati, anche particolari e di salute per la realizzazione delle finalità menzionate nell'informativa privacy (conferimento obbligatorio per svolgere l'attività della Cassa Edile) e a ricevere le comunicazioni necessarie di Cassa Edile Firenze verso il proprio cellulare personale tramite sms o app. ACCONSENTE ALTRESÌ al trattamento dei dati relativi al proprio nucleo familiare/anche per il soggetto minorenne al fine di ottenere i benefici previsti. ACCONSENTE INOLTRE alla comunicazione dei propri dati ai terzi previsti per legge e alle categorie dei soggetti costituenti l'Ente Livornese Cassa Edile.

Data _____

Firma del Figlio (se figlio maggiorenne) _____

Data _____

Firma del Lavoratore Iscritto (se figlio minorenne) _____

In fede

Data _____

Firma del Figlio (se figlio maggiorenne) _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(art.2 L. 15/68 come modificato dall'art. 3 Legge 15.5.97, n.127 ed integrato dall' art. 1 DPR 403/1998 e succ.)

Da compilare a cura dei figli dei lavoratori se maggiorenni

Oppure a cura dei lavoratori nel caso di figli minorenni

Io sottoscrittO DELAJ BLERIM
natO a ALBANIA il 31/01/1982
residente a FIRENZE
Via Piazza VIA PIETRO MARONCELLI, 18

consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni

DICHIARO

che la famiglia anagrafica è composta dalle seguenti persone:

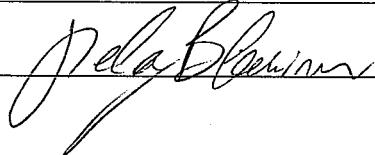
COGNOME E NOME		DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA
DELAJ	ESMIRALDA	25/07/1989	ALBANIA	CONIUGE
DELAJ	FLAVIA	09/02/2011	FIRENZE	FIGLIA
DELAJ	BRANDO	19/09/2019	FIRENZE	FIGLIO
DELAJ	NAXHIJE	25/02/1958	ALBANIA	MADRE

Dichiaro altresì, in caso di false attestazioni, di impegnarmi a restituire le somme illecitamente percepite, autorizzando la Cassa a trattenere dette somme dalle eventuali altre spettanze a me dovute.

Data e luogo 04/07/2023 FIRENZE

Firma del figlio del lavoratore se maggiorenne _____

Firma del lavoratore se figlio minorenne _____





I.C. COMPAGNI-CARUCCI
VIALE U. DASSI, 24
FIRENZE (P.Iva/C.F. 94188560480)

del 03-12-2022

CERTIFICATO DI FREQUENZA
DINO COMPAGNI
ANNO SCOLASTICO 2022/2023

Reg. Certificati N. 423

Oggetto: Certificato di iscrizione e frequenza.

Si certifica che l'alunna:

DELAJ FLAVIA

nata a FIRENZE il 09/02/2011

e residente a FIRENZE (FI) in via VIA PIETRO MARONCELLI, 18

è iscritta e frequenta regolarmente per la prima volta

la Classe 1 - Sezione E della scuola SECONDARIA DI 1[°] G DINO COMPAGNI

Si rilascia la presente dichiarazione in carta libera per gli usi consentiti dalla legge.

FIRENZE 02/12/2022

DIRIGENTE SCOLASTICO
(DOTT.SSA LAURA GUIDO)