



RICHIESTA DI CONTRIBUTO

(Da compilare in stampatello ed inviare alla Segreteria del C.d.A.Territoriale di competenza, unitamente alla documentazione)

Consiglio di Amministrazione Territoriale		
<input type="checkbox"/> MORTIS CAUSA <input type="checkbox"/> SOLIDARIETÀ		
DATI PERSONALI del LAVORATORE ISCRITTO al FASEN		
Cognome	Nome	Data di nascita
Indirizzo		n.
Cap.	Città	Prov.
Recapito telefonico		Cellulare
E-mail		
Società di appartenenza		Sede di lavoro
Data assunzione	Inquadramento	Matr. Aziendale
Retribuzione lorda annua		
Numero familiari a carico		
Codice IBAN	Banca	
Intestato a		
DOCUMENTI DA PRODURRE	Mortis Causa (*)	Solidarietà (**)
Stato di famiglia / Certificato di convivenza	☑	☑
Certificato causa decesso (medico curante)	☑	
Lettera con descrizione situazione di disagio		☑
Documentazione della spesa attinente la richiesta (fatture, scontrini, ecc.)		☑
Copia ultimo cedolino stipendio		☑
NOTE		

(*) Nel caso di richiesta del contributo "Mortis Causa", riportare i dati personali del lavoratore deceduto senza fornire le informazioni relative al trattamento economico.

(**) È facoltà del C.d.A. Territoriale di competenza chiedere la produzione della certificazione reddituale dell'intero nucleo familiare.

È facoltà del FASEN richiedere ulteriore documentazione.
Il presente modulo è parte integrante del REGOLAMENTO.

Data

Firma del richiedente