

DITTA**COD.CIA - FSR****INDIRIZZO**

BANCA		
FILIALE	ABI	CAB
N° C/C	IBAN	

RICHIESTA RIMBORSO PRESTAZIONI PER ATTIVITÀ FORMATIVE (ART. 23 Regolamento CIA)

DA INVIARE ENTRO 60 GIORNI DALLA FINE DEL MESE IN CUI E' STATA EMESSA LA FATTURA

CODICE DIPENDENTE	COGNOME E NOME	DATA ASSUNZIONE	QUALIFICA (*)	TIPO CORSO (**)	N° ORE CORSO	% Salario	SALARIO ORARIO	TOTALE SALARIO PAGATO	COSTO DEL CORSO
TOTALE									
TOTALE RIMBORSABILE									

(*) 01) OPERAI; 02) IMPIEGATI; 04) APPRENDISTI IMPIEGATI; 05) APPRENDISTI OPERAI; 09) SOCI; 10) TITOLARI; 11) COLLABORATAORI FAMILIARI; L.56/87; L. 223/91; L. 407/90; C.F.L.;

(**) Corsi di: A) BASE; B) AGGIORNAMENTO; C) ADDETTO ALLE EMERGENZE ; D) RAPPRESENTANTE DEL LAVORATORI ALLA SICUREZZA; M) AGGIORNAMENTO MONOTEMATICO (in aula); N) CORSO PER GLI APPRENDISTI FINANZIATO DALL'AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE (50% salario); P) ESERCITAZIONE PRATICA; R) RIQUALIFICAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE (80% salario ai dip. max 40 ore); S) CORSO PER ADDETTO AL PRONTO SOCCORSO (8/12 ore); T) RESPONSABILE ALLA SICUREZZA; Z) CORSO (in azienda) SUI RISCHI PARTICOLARI DEL POSTO DI LAVORO E DELLA MANSIONE;

Documenti da allegare:

- 1) BUSTA PAGA;
- 2) ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE;
- 3) FATTURA.

*Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, C.I.A. CASSA INTEGRAZIONE ASSISTENZA, in qualità di Titolare del trattamento dei suoi dati personali, La informa che i dati acquisiti saranno trattati, in modalità informatizzata e non, per l'esecuzione di obblighi di legge o di contratto e per garantire la corretta gestione amministrativa e contabile e che i suoi dati non saranno oggetto di diffusione. Per l'esercizio dei suoi diritti, così come previsto dal Regolamento, può contattarci: Tel. 0577 530061 -ciasiena@tin.it
L'informativa completa sul trattamento dei dati personali è disponibile sul sito www.cia.si.it.*

DATA _____

TIMBRO E FIRMA DELL'AZIENDA _____