Ente Bilaterale Turismo del Trentino

SUSSIDI PER DIPENDENTI SETTORE TURISMO

Sussidio n 1: PROTESI DIVERSE (ortopediche, acustiche, oculistiche, ortodontiche)

Cognome ..... Nome .....

Nato a ..... Prov ..... Data di Nascita ...../...../.....

Cittadinanza:..... Sesso M ☐ F ☐

Residente a .....Via ..... n.....

(C. A. P. .....) Prov. (.....) Tel. ...../..... Cell ...../...../.....

E-Mail .....

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Codice bancario **IBAN**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Intestato a:_____

Lavora o ha lavorato presso l'azienda .....

P.IVA | | | | | | | | | | | con sede a .....

in Via ..... Cap ..... Prov .....

con la qualifica/mansione di _____

CHIEDE

a codesto spett.le Ente il rimborso della spesa sostenuta in data ...../...../.....

per la seguente "protesi": .....

REQUISITI: ☐ DIP. FISSO ☐ DIP. A TEMPO DETERMINATO ☐ DIP. STAGIONALE

Dipendenti di aziende **in regola da almeno 6 mesi** con il versamento delle quote all'EBTT

- **DIPENDENTI FISSI E A TEMPO DETERMINATO:** assunti da almeno 6 mesi dalla data della spesa sostenuta nella provincia di Trento con il contratto del Turismo.
- **DIPENDENTI STAGIONALI:** aver lavorato per almeno 6 mesi negli ultimi 4 anni (anche non consecutivi) nella provincia di Trento con il contratto del Turismo; di cui 2 mesi lavorati nell'ultimo anno dalla data della spesa sostenuta.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA (fotocopie)**:**

- Prescrizione medica della/e protesi (la data deve essere contestuale o massimo un anno dalla data della spesa).
- Per le protesi oculistiche è obbligatorio che venga specificato sulla prescrizione o scontrino/fattura se lenti monofocali o progressive.
- Fattura o scontrino fiscale della spesa sostenuta (con specificato il codice fiscale)**.**
- Ultime 6 buste paga precedenti il mese della fattura/scontrino fiscale; per i **DIPENDENTI STAGIONALI** almeno 2 buste paga devono essere dell'ultimo anno antecedente la spesa e le altre possono essere massimo degli ultimi 4 anni.

TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:

Entro **90 giorni dalla data della fattura/scontrino fiscale** (se pagamento dilazionato dalla data dell'ultima fattura). Le fatture devono essere di competenza dell'anno della richiesta e non possono essere considerate valide quelle a cavallo dell'anno precedente per una questione fiscale.

Informativa sulla Privacy

Il/La sottoscritto/a _____ acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 dichiara di:

☐ aver ricevuto copia dell'informativa, di aver fornito liberamente i miei dati nonché di averne letto e compreso il contenuto;

☐ **esprimo il consenso** ☐ **nego il consenso** alla conservazione dei miei dati (anche particolari come definito dall'articolo 9 del Regolamento EU 679/2016), per le finalità descritte nell'informativa.

Mi impegno inoltre a comunicare le eventuali variazioni dei miei dati.

DATA ..... **FIRMA** .....

NOTA: L'erogazione (una sola all'anno) non costituisce reddito imponibile
La documentazione può essere inviata tramite email o posta.