

**MODELLO CONTRIBUTI STRAORDINARI COVID-19**

Allegato all'Accordo regionale 30 novembre 2020

E.B.A.P Bacino _____

Codice E.B.A.P _____

Sede OO.SS. _____ di _____

Codice Attività _____

Data Ricezione _____

Timbro e firma operatore _____

**Domanda di CONTRIBUTO STRAORDINARIO COVID-19
Ex Accordo regionale 30/11/2020
1° DICEMBRE 2020 – 31 MARZO 2021****IMPRENDITORI E LAVORATORI DIPENDENTI**

Il/La sottoscritt _____ (cognome e nome) _____

nat_ a _____, (Prov. o Stato estero) _____ il

_____ e residente in (indirizzo) _____

CAP _____ Comune _____ Prov _____

e-mail richiedente _____, Cell/Tel _____

Codice fiscale _____ in qualità di ¹⁾ _____

dell'impresa artigiana (ragione sociale) _____

Matricola INPS _____, indirizzo _____

Cap _____ Comune _____ Prov _____

Tel/cell _____ e-mail _____;

Eventuale recapito se diverso da quello di residenza

Cognome e nome _____

Via/Corso _____

NOTE: 1) dipendente, titolare, socio amministratore, socio non amministratore, coadiuvante

CHIEDE

per sé e/o per i componenti del nucleo familiare, di cui alla Scheda allegata alla presente domanda, la prestazione straordinaria EBAP – Covid-19 per una o più delle seguenti tipologie:

 1) CONTRIBUTO Una Tantum ad Imprenditori e dipendenti per "Didattica a Distanza" figli (acquisto PC fisso o portatile, notebook, tablet, stampante, scanner)Allegati: - copia fattura/scontrino con dati del dispositivo acquistato delle spese sostenute dal 17 marzo 2020 al 31 marzo 2021;
- dichiarazione di iscrizione anno scolastico/accademico 2019/20 o 2020/21 del figlio **2) CONTRIBUTO Una Tantum ai Lavoratori dipendenti per Integrazione CONGEDO PARENTALE (max. 7 giorni) per Quarantena / Figli in Didattica a Distanza nel periodo 9 settembre 2020 – 31 marzo 2021**

Allegati: documentazione INPS

 3) CONTRIBUTO Una Tantum ad Imprenditori e dipendenti e relativi familiari (coniuge e figli) per DIAGNOSTICA COVID-19 (tamponi, test sierologici)

Allegati: copia fattura/scontrino parlante spese sostenute dal 9 settembre 2020 al 31 marzo 2021



MODELLO CONTRIBUTI STRAORDINARI COVID-19

SCHEDA FIGLI/COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE N. _____

Figlio/Componente n. _____

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ nato il _____ iscritto presso _____

Prestazione richiesta (*barrare le voci per cui si presenta la domanda*):

CONTRIBUTO per DAD figli CONTRIBUTO CONGEDO PARENTALE

DIAGNOSTICA COVID-19 per nucleo familiare convivente

Figlio/Componente n. _____

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ nato il _____ iscritto presso _____

Prestazione richiesta (*barrare le voci per cui si presenta la domanda*):

CONTRIBUTO per DAD figli CONTRIBUTO CONGEDO PARENTALE

DIAGNOSTICA COVID-19 per nucleo familiare convivente

Figlio/Componente n. _____

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ nato il _____ iscritto presso _____

Prestazione richiesta (*barrare le voci per cui si presenta la domanda*):

CONTRIBUTO per DAD figli CONTRIBUTO CONGEDO PARENTALE

DIAGNOSTICA COVID-19 per nucleo familiare convivente

NB: Per ciascun componente dovrà essere barrata la prestazione che viene richiesta e dovrà essere allegata alla presente tutta la documentazione necessaria per ottenere la prestazione o le prestazioni richieste. Nel caso di numero di componenti superiore a 3 aggiungere una seconda scheda curandone la numerazione.

