

FSR

CASSA INTEGRAZIONE ASSISTENZA

Via Garibaldi, 70- Siena tel.0577530061-fax 0577530073

info@cia.si.it - www.cia.si.it

MOD. 28

DITTA _____ COD. FSR _____ BANCA _____
COMUNE _____ VIA _____ FILIALE _____ ABI _____ CAB _____
N° C/C _____ IBAN _____

RICHIESTA RIMBORSO PER INTERVENTI A FAVORE DELLE AZIENDE (ART. 27 Regolamento CIA)

c) CONTRIBUTO A FONDO PERDUTO FINALIZZATO ALLA TRASFORMAZIONE DELL'APPRENDISTATO IN RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO, IN SEGUITO AL RAGGIUNGIMENTO DELLA QUALIFICA, DA EROGARSI A FAVORE DELLE AZIENDE CHE INCREMENTINO I LIVELLI OCCUPAZIONALI RISPETTO ALLA MEDIA DEI DIPENDENTI A TEMPO INDETERMINATO IN FORZA NEGLI ULTIMI SEI MESI DELL'ANNO PRECEDENTE.

NOME E COGNOME	DATA DI ASSUNZIONE	DATA DEL PASSAGGIO IN QUALIFICA	1° EROGAZIONE	2° EROGAZIONE
			500,00	500,00
			500,00	500,00

- media dipendenti in forza 1/07 – 31/12 anno precedente:	
- dipendenti occupati nel mese di riferimento:	

Documenti:

- Busta paga del mese in cui il dipendente passa in qualifica o/e del 7° mese;
- Copia della comunicazione al Centro per l'Impiego.

Barrare la voce che interessa (1° erogazione o 2° erogazione)

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 - info@cia.si.it L'informativa completa sul trattamento dei dati personali è disponibile sul sito www.cia.si.it.

DATA _____

TIMBRO E FIRMA DELL'AZIENDA _____