(DECESSO DEL CONIUGE, FIGLI, CONVIVENTE) rev.2016

Il/La sottoscritto/a _____ dipendente

di RISTO3, dal _____/_____/_____ ed impiegato/a con un contratto a tempo

◯ indeterminato ◯ determinato ◯ scolastico

Presso la struttura/mensa/ristorante _____

Codice Fiscale ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

nato a _____ prov. _____ il _____/_____/_____

residente a _____ in via _____ nr. _____

telefono __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/, cellulare __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

- Con la presente CHIEDE al Consiglio d'Amministrazione di RISTO3-INSIEME di poter beneficiare del sussidio **(DECESSO DEL CONIUGE, FIGLI, CONVIVENTE);**

A tal fine dichiara:

1) Che è DECEDUTO/A il/la sig./sig.ra _____
2) Che la persona deceduta è il/la _____ dell'aderente;
3) Che l'evento è avvenuto il _____ / _____ / _____ a _____
(Allegasi tutta la documentazione comprovante il diritto al sussidio)

Data, _____/_____/_____ Firma _____

RISTO3-INSIEME – c/o RISTO3 - via del Commercio, 22, 38121 – TRENTO (TN)
Info: personale@risto3.it, tel. 0461 1734454