

All'Ufficio Welfare  
dell'Azienda Sanitaria Provinciale di  
ENNA  
**welfare@asp.enna.it**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
nella Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
tel. casa \_\_\_\_\_ tel. cellulare \_\_\_\_\_ dipendente dell'ASP di Enna, matricola \_\_\_\_\_  
dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rimborso, nella misura prevista dal "Regolamento Welfare" degli oneri sostenuti

	<p><b>Per l'iscrizione e frequenza del proprio figlio/a all'asilo nido</b></p> <p>A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara: di essere il genitore di _____, nat__ a _____ il __/__/_____ e che lo stesso è iscritto e frequenta l'asilo nido _____ sito nel Comune di _____ in Via/Piazza _____ n. _____</p>
	<p><b>Per attività baby sitting</b></p> <p>A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara: che __l__ propri__ figli__ nat__ a _____ il __/__/_____ è assistito da _____, nat__ il __/__/_____ a _____</p>
	<p><b>Per assistenza a genitori anziani non autosufficienti e non titolari di indennità di accompagnamento</b></p> <p>A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara: che __l__ propri__ genitore__ nat__ a _____ il __/__/_____ non è autosufficiente; che lo stesso non è titolare di indennità di accompagnamento ed è assistito da _____, nat__ il __/__/_____ a _____</p>

Si allega la seguente documentazione:

1. fotocopia del documento di identità del dipendente, che richiede il rimborso
2. copia dei versamenti effettuati quale tasse di iscrizione e frequenza o dei versamenti INPS a favore della persona che assiste il/la genitore .

Si autorizza il trattamento dei dati personali esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Firma per esteso

\_\_\_\_\_