

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

la erogazione di un prestito straordinario di € _____ necessario per affrontare le conseguenze
del seguente grave evento

- a. Dichiaro di essere a conoscenza e di accettare quanto previsto dal "RTegolamento Welfare" e che cioè il prestito potrà essere concesso previa approvazione a scrutinio segreto del "Comitato di Garanzia".
- b. dovrà essere restituito, in quota paritaria, tramite trattenuta sugli stipendi delle successive 13 mensilità.

Si allega la seguente documentazione:

1. fotocopia del documento di identità del dipendente
2. copia di documentazione attestante l'evento che ha reso necessaria la richiesta del prestito

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

_____, il _____

Firma per esteso
