

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

\_\_\_\_\_