



REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
ENNA

DELIBERA N. ....601.....  
DEL 16 APR 2021

OGGETTO: APPROVAZIONE REGOLAMENTO DI GESTIONE DEL FONDO WELFARE.

SERVIZIO U.O.C. ESTENSORE :

COORDINAMENTO DEGLI STAFF AZIENDALI

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE N. 485405  
DEL 12/04/2021

IL FUNZIONARIO INCARICATO  
DEL PROCEDIMENTO  
(Dott. Salvatore Mazzola)

IL DIRETTORE  
U.O.C. COORDINAMENTO STAFF AZIENDALE  
(Avv. Giuseppe Capizzi)

S.E.F.P.

Si attesta la copertura finanziaria e la compatibilità con il bilancio di previsione vigente.

[ ] come da prospetto allegato (ALL. N. \_\_\_\_\_) che è parte integrante della presente delibera.

[ ] Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  CF  CP \_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE DEL S.E.F.P.

DATA RICEZIONE DELLA PROPOSTA PRESSO U.O.C. STAFF 12/04/2021

## PREMESSO

- che l'art. 32 del CCNL- triennio 2016-2018- relativo al personale dell'area delle funzioni locali, l'art. 80 bis del CCNL- triennio 2016-2018 - relativo al personale dirigente medico, sanitario, veterinari e delle professioni sanitarie e l'art. 94 del CCNL – triennio 2016-2018 – del Comparto sanità, hanno introdotto la concessione di benefici di natura assistenziale e sociale in favore dei dipendenti del SSN "Welfare integrativo";

- che i medesimi artt. 32, 80bis e 94, sopra citati, hanno previsto che in sede di contrattazione integrativa tra le delegazioni sindacali e la parte pubblica dell'Azienda devono essere definiti i criteri per la formulazione di piani di welfare integrativo individuando le tipologie di benefici e le complessive risorse ad essi destinati;

- che in data 15 marzo 2021 si è svolto apposito incontro con le OO.SS. delle tre aree riferite in premessa con all'O.d.G. l'approvazione del "Regolamento di gestione del Fondo Welfare";

**VISTO** il verbale dell'incontro di delegazione trattante redatto in data 15 marzo 2021 dal quale risulta che tutte le OO.SS. hanno esitato favorevolmente il testo del Regolamento innanzi citato;

**CONSIDERATO** che è necessario approvare l'allegato "Regolamento di gestione del Fondo Welfare" che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, denominato allegato "A" e composto da n.18 pagine;

**VISTO** l'allegato "Regolamento di gestione del Fondo Welfare" che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, denominato allegato "A" e composto da n.18 pagine;

L'anno duemila ventuno il giorno 16 APR 2021 del mese di ..... nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

### IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Francesco Iudica nominato con Decreto Presidenziale n. 189/serv.1/S.G. del 04/04/2019, coadiuvato dal Direttore Amministrativo, Dott.ssa Sabrina Cillia e dal Direttore Sanitario, Dott. Emanuele Cassarà e con l'assistenza del Segretario Verbalizzante \_\_\_\_\_

### VISTI

- ✓ La Legge Regionale 5 /2009 e s.m.i. ;
- ✓ L'Atto Aziendale adottato con delibera n.429/2017;
- ✓ Verbale delegazione trattante del 15/03/2021;

**VISTO IL SEGUENTE ALLEGATO ALLA PRESENTE DELIBERAZIONE:**

- Regolamento gestione del Fondo Welfare;

**Dato atto** che il Direttore della U.O.C. che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo ed utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3 del D.L. 23 ottobre 1996, come modificato dalla L. 20 dicembre 1996 n. 639, e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della Legge 6 novembre 2012 n. 190 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione – nonché nell'osservanza dei contenuti del Piano aziendale della prevenzione della corruzione 2018/2020;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

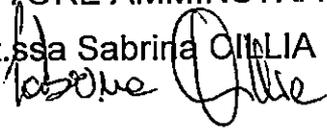
### **DELIBERA**

Per quanto esposto in narrativa, che qui si intende integralmente riportato:

- 1. Di approvare** il "Regolamento gestione del Fondo Welfare", che composto da n.18 pagine si allega (allegato A) alla presente delibera per farne parte integrante e sostanziale;
- 2. Di disporre** la pubblicazione del suddetto Regolamento sul sito web dell'Azienda.

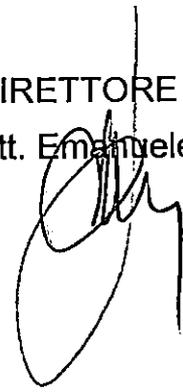
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Sabrina CILIA



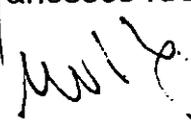
IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Emanuele CASSARA'



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Francesco IUDICA



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

Giuseppa Tornabene



**PUBBLICAZIONE**

Si dichiara che la presente deliberazione, su conforme relazione dell'addetto, è stata pubblicata in copia all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n° 30/93 s.m.i., e dell'art. 32 della L. n. 69 del 18/06/2009

dal 18 APR 2021

al 02 MAG 2021

L'incaricato

PER DELEGA DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Il Direttore

U.O.C. COORDINAMENTO STAFF AZIENDALE

Avv. Giuseppe Capizzi

Notificata al Collegio Sindacale il ..... con nota prot. n° .....

**DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO**

dell'Assessorato Regionale Sanità ex L.R. n° 5/09 trasmessa in data \_\_\_\_\_ prot. n° \_\_\_\_\_

SI ATTESTA

che l'Assessorato Regionale Sanità:

- ha pronunciato l'approvazione con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- ha pronunciato l'annullamento con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n° 5/09

dal \_\_\_\_\_

**DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO**

- esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L.R. n° 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n° 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal 28 APR 2021

- immediatamente esecutiva dal \_\_\_\_\_

Enna li,

IL FUNZIONARIO INCARICATO

**REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA**

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Modifica con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Enna li,

IL FUNZIONARIO INCARICATO

ALL. 4 Au  
e  
L



PROVINCIA ENNA  
Azienda Sanitaria Provinciale

PROVINCIA ENNA  
Azienda Sanitaria Provinciale

PROVINCIA ENNA  
Azienda Sanitaria Provinciale

# REGOLAMENTO DI GESTIONE DEL FONDO WELFARE

- Art. 1 - Costituzione del Fondo Welfare
- Art. 2 - Aveni diritto
- Art. 3 - Comitato di Garanzia
- Art. 4 - Gestione del Fondo Welfare
- Art. 5 - Istanze
- Art. 6 - Benefici erogabili

Condiviso nella seduta di Delegazione Trattante congiunta del 15 marzo 2021  
Approvato con deliberazione n.     del     aprile 2021

<p>1. Al fine di determinare processi di crescita del senso di appartenenza aziendale dei dipendenti dell'ASP di Enna, favorire lo sviluppo del capitale umano, affermarne il loro valore come risorsa più preziosa sulla quale investire per favorire il raggiungimento degli obiettivi strategici, testimoniare il valore della solidarietà e della premialità del merito come criteri generali della <i>governance</i> aziendale, conformemente alle previsioni dei vigenti</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. C.C.N.L., Area del Comparto, art. 94 "Welfare"</li> <li>b. C.C.N.L., Area della Dirigenza comparto, 80bis "Welfare"</li> <li>c. C.C.N.L., Area delle Funzioni Locali, art. 32</li> </ol> <p>tra la Direzione Strategica e le Organizzazioni sindacali dell'area del comparto e della dirigenza si approva il presente Regolamento Aziendale del Welfare, volto alla creazione di un ambiente di lavoro migliore e sempre più attento ad un buon bilanciamento tra vita lavorativa e vita privata, allo sviluppo del capitale umano e alla crescita del senso di appartenenza, attraverso un insieme di iniziative volte ad incrementare il benessere del lavoratore e della sua famiglia e a tutelarli dalla fragilità.</p> <p>2. A tal fine, viene istituito annualmente un Fondo per il Welfare aziendale alimentato da</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. il 7 % delle somme annualmente previste per il "Fondo di Produttività" nel "Fondo premialità e fasce" dell'Area del Comparto</li> <li>b. il 7 % delle somme annualmente previste nel "Fondo per la retribuzione del risultato" delle Aree della Dirigenza</li> </ol> <p>3. Al totale delle superiori somme la Direzione Generale aggiunge una somma pari al 20% di quelle che ciascuna delle Aree contrattuali ha messo a disposizione della Direzione Strategica per "Progetti Obiettivi di rilevanza aziendale".</p> <p>4. Il "Fondo welfare" sarà annualmente reintegrato con somme complessivamente pari a quelle utilizzate nell'anno precedente. Le somme a ciò necessarie saranno prelevate dai Fondi contrattuali con i quali il "Fondo Welfare" è stato inizialmente costituito, in ragione della proporzione con cui gli stessi lo hanno costituito.</p> <p>Al reintegro partecipa anche, sempre in quota proporzionale, la Direzione strategica.</p>	<p><b>Art. 1</b> <b>Costituzione del Fondo Welfare</b></p>
<p>1. Possono accedere alle opportunità previste dal "Fondo welfare"</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. il personale dipendente a tempo indeterminato con una anzianità di servizio di almeno un anno;</li> <li>b. gli eredi legittimi di primo grado del personale di cui alla superiore lettera a., ove espressamente previsto nel presente Regolamento.</li> </ol> <p>2. Per il personale che ha chiesto di poter prestare servizio a tempo parziale, le provvidenze vengono erogate in misura corrispondente al tempo lavorato.</p> <p>3. Nel caso in cui le opportunità previste dal Regolamento attengano gli eredi di un dipendente deceduto, alle stesse potrà accedersi solo se il dipendente sia deceduto dopo la costituzione del Fondo di cui al presente regolamento</p>	<p><b>Art. 2</b> <b>Aventi diritto</b></p>
<p>1. Per la gestione del "Fondo Welfare" viene istituito un Comitato di Garanzia presieduto dal Direttore dell'U.O. "Risorse Umane" e composto da</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. tre componenti in rappresentanza delle OO.SS. firmatarie del C.C.N.L. del Comparto;</li> <li>b. tre componenti in rappresentanza delle OO.SS. firmatarie del C.C.N.L. della Dirigenza</li> </ol> <p>2. Il Comitato di garanzia si riunisce almeno tre volte l'anno per effettuare una analisi della fruizione del "Fondo welfare", assicurarne la corretta applicazione, accertare la idoneità dei fondi e proporre la loro eventuale variazione, nonché proporre modifiche ed integrazioni.</p> <p>3. I componenti in rappresentanza delle organizzazioni sindacali vengono nominati per un biennio e non possono essere immediatamente indicati per il biennio successivo.</p> <p>4. Svolge le funzioni di segretario un dipendente della U.O.C. "Risorse Umane" all'uopo indicato dal suo direttore.</p> <p>5. Entro il 15 febbraio dell'anno successivo a quello di competenza il Comitato di Garanzia invia al Direttore Generale ed alle Organizzazioni sindacali firmatarie dei CC.CC.NN.LL. delle due aree contrattuali, una relazione sull'attività del "Fondo Welfare"</p>	<p><b>Art. 3</b> <b>Comitato di Garanzia</b></p>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le attività di istruzione e gestione del "Fondo Welfare" sono assicurate alla U.O.C. "Risorse Umane" ed affidate alla U.O.S "Trattamento economico" secondo l'organizzazione che il direttore della U.O.C. riterrà di adottare</li> <li>2. A tal fine, il Direttore può autorizzare l'effettuazione di un massimo complessivo di 400 ore di attività in orario straordinario.</li> <li>3. Le attività sono garantite con l'adozione di "Determine" adottate dal direttore della U.O.C. "Risorse Umane" su proposta del dirigente della U.O.S. "Trattamento Economico"</li> <li>4. Le Determine che abbiano come oggetto la compartecipazione alle spese per cure sanitarie, prestiti o per acquisto prima casa vengono pubblicate senza citare il beneficiario.</li> </ol>	<b>Art. 4</b>  <b>Gestione del Fondo Welfare</b>
--	--

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Per ciascun beneficio deve essere presentata apposita istanza conforme alla modulistica allegata.</li> <li>2. Le istanze che non specificano gli interventi richiesti o che si riferiscano genericamente ai benefici previsti dal presente Regolamento saranno dichiarate inammissibili</li> <li>3. Le istanze debbono contenere quanto indicato nei moduli allegati, per ciascuna tipologia di intervento richiesto, ed avere allegato quanto negli stessi moduli indicato.</li> <li>4. E' facoltà dell'Azienda procedere al recupero delle somme erogate ove risulti che siano state corrisposte somme costituenti duplicazioni di benefici o già ammesse a rimborso da altrin istituti o fondi normativi.</li> <li>5. L'Azienda provvede ad effettuare, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, idonei controlli, anche a campione in misura non inferiore al 25% delle istanze presentate, e in tutti i casi in cui sorgono ragionevoli dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese.</li> <li>6. Le istanze, corredate dalla documentazione richiesta, debbono essere prodotte esclusivamente tramite posta elettronica all' indirizzo <a href="mailto:welfare@asp.enna.it">welfare@asp.enna.it</a> entro il termine previsto per ciascuna ipotesi di sussidio, rimborso e promozione del merito.</li> <li>7. I benefici previsti dal presente Regolamento sono cumulabili fra loro, ma non cumulabili con analoghi benefici erogati da altri Enti.</li> <li>8. Il pagamento dei benefici avverrà a favore       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. dei dipendenti in servizio, tramite inserimento delle relative somme nello stipendio del mese successivo a quello dell'approvazione,</li> <li>b. degli eredi legittimi di dipendenti deceduti, su loro richiesta, tramite accredito o su conto corrente bancario o postale o su carta di credito, dei quali dovrà essere indicato il codice IBAN o il numero del conto.</li> </ol> </li> </ol>	<b>Art. 5</b>  <b>Istanze</b>
--	-------------------------------------

Mod.		Importo	<b>Art. 6</b>  <b>Benefici erogabili</b>
<b>A SUSSIDI. Istanza da presentare entro 60 gg. dall'evento</b>			
A1	Per il matrimonio o unione civile proprio o di uno dei figli a carico	1.000	
A2	Per la nascita, adozione o affidamento di un figlio	1.000	
A3	Al coniuge del dipendente che sia deceduto senza avere maturato il diritto alla pensione	10.000	
<b>B RIMBORSI. Istanza da presentare entro 60 gg. dalla spesa e per B2 e B3 su base annua</b>			
B1	Tasse universitarie per corsi curriculari della prima laurea o di specializzazione del dipendente, di un figlio componente il proprio nucleo familiare, dell'orfano di un dipendente deceduto per ciascuno degli anni previsti dall'ordinamento e fino ad un massimo di 600€/anno	20% del costo annuo	
B2	Per gli oneri sostenuti per la tutela della genitorialità: asili nido, baby sitting ed assistenza ad un solo genitore anziano non titolari di indennità di accompagnamento, per un massimo di 1.000 €/anno e per non oltre cinque anni.	10%	
B3	Compartecipazione agli interessi bancari annuali per l'acquisto della prima casa fino ad un massimo di 200€/anno e 3.000 totali	20%	
B4	Per spese sanitarie ed acquisto di protesi e presidi per sé e per i propri familiari a carico, per un massimo di 100€ ad intervento e per non oltre due rimborsi annui	30%	
<b>C PROMOZIONE DEL MERITO. Istanza da presentare entro 60 gg. dall'evento</b>			
C1	Per il diploma di scuola media superiore di figli di dipendenti, anche deceduti	500	
C2	Per la prima laurea di un dipendente, di un figlio di un dipendente, anche deceduto	1.000	
<b>D PRESTITI. Istanza da presentare entro 60 gg. dall'evento.</b>			
D1	Al dipendente in servizio non oltre il penultimo anno prima della pensione, che per comprovate e sopravvenute necessità per eventi gravi, prestiti da rimborsare tramite trattenute sugli stipendi delle successive 13 mensilità, previa approvazione del "Comitato di Garanzia", a scrutinio segreto e a maggioranza assoluta dei suoi componenti	3.000	

Modello **A1** Per il matrimonio o unione civile proprio o di uno dei figli a carico

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

Il 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 concessione del sussidio previsto per

	<p><b>Il proprio matrimonio/unione civile.</b></p> <p>A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara: di avere contratto matrimonio/unione civile giorno ___/___/___ con _____ nat a _____ il ___/___/___ e che l'evento è stato registrato presso il Comune di _____ e che per tale evento non è stata richiesta, né ottenuto altro analogo beneficio</p>
	<p><b>Per il matrimonio/unione civile del __propri__ figli \</b></p> <p>A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara: che il __propri__ figli nat a _____ il ___/___/___ ha contratto matrimonio/unione civile giorno ___/___/___ con _____ nat a _____ il ___/___/___ e che l'evento è stato registrato presso il Comune di _____ e che per tale evento non è stata richiesta, né ottenuto altro analogo beneficio</p>

Si allega la seguente documentazione:

1. fotocopia del documento di identità del dipendente che richiede il sussidio
2. dichiarazione sostitutiva del certificato di matrimonio/unione civile

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

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

Firma per esteso

9  
PAG. 4

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

Il 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 concessione del sussidio previsto per

	Nascita del ___ propria ___ figli ___
	Adozione
	Affidamento di minore

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara che:

Il propri \_\_\_ figli \_\_\_ è nat il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ e che l'evento è stato registrato al Comune di \_\_\_\_\_  
e che per tale evento non è stata richiesta, né ottenuto altro analogo beneficio

ha avuto in adozione/ha avuto affidato il minore \_\_\_\_\_ nat il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ del Tribunale di \_\_\_\_\_  
e che per tale evento non è stata richiesta, né ottenuto altro analogo beneficio

Si allega la seguente documentazione:

1. fotocopia del documento di identità del dipendente che richiede il sussidio
2. dichiarazione sostitutiva del certificato di nascita o copia del provvedimento dell'Autorità giudiziaria di adozione/affidamento

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

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

Firma per esteso

9

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

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

**CHIEDE**

la concessione del sussidio previsto per il coniuge del dipendente che sia deceduto senza avere maturato il diritto alla pensione.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara che:

- a. Il propri coniuge, nat il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, dipendente dell'ASP di Enna, matricola \_\_\_\_\_ è deceduto il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- b. che lo stesso è deceduto senza avere maturato il diritto alla pensione
- c. che l'evento è stato registrato al Comune di \_\_\_\_\_ e che per tale evento non è stata richiesta, né ottenuto altro analogo beneficio.

Si allega la seguente documentazione:

1. fotocopia del documento di identità del coniuge superstite che richiede il sussidio
2. dichiarazione sostitutiva del certificato di morte

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

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

Firma per esteso

\_\_\_\_\_

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

Il 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" delle tasse universitarie sostenute per la propria  
iscrizione al \_\_\_\_\_ anno del corso di laurea/specializzazione

	Biennale
	Triennale
	Quadriennale
	Quinquennale

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara che non è  
in possesso di altra laurea o specializzazione:

Si allega la seguente documentazione:

1. fotocopia del documento di identità del dipendente che richiede il sussidio
2. copia dei versamenti effettuati quale tasse di iscrizione.

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

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

Firma per esteso

\_\_\_\_\_

Modello **B1/b** Tasse universitarie per corsi curriculari della prima laurea o specializzazione del figlio componente il nucleo familiare di un dipendente,

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

Il 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", delle tasse universitarie sostenute per l'iscrizione del \_\_\_\_ propri \_\_\_\_ figli \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno del corso di laurea/specializzazione,

	Biennale
	Triennale
	Quadriennale
	Quinquennale

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara che \_\_\_\_ propri \_\_\_\_ figli \_\_\_\_ non è in possesso di altra laurea o specializzazione.

Si allega la seguente documentazione:

1. fotocopia del documento di identità del dipendente che richiede il sussidio
2. copia dei versamenti effettuati a nome del \_\_\_\_ propri \_\_\_\_ figli \_\_\_\_ quale tasse di iscrizione.

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

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

Firma per esteso

\_\_\_\_\_

Modello **B1/c** Tasse universitarie per corsi curriculari della prima laurea o specializzazione dell'orfano di un dipendente deceduto

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

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
nella Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
tel. casa \_\_\_\_\_ tel. cellulare \_\_\_\_\_ orfan del \_\_\_\_\_ dipendente dell'ASP di Enna,  
\_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e deceduto il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rimborso, nella misura prevista dal "Regolamento Welfare" delle tasse universitarie sostenute per la propria iscrizione al \_\_\_\_\_ anno del corso di laurea/specializzazione

	Biennale
	Triennale
	Quadriennale
	Quinquennale

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara che non è in possesso di altra laurea o specializzazione.

Si allega la seguente documentazione:

1. fotocopia del documento di identità dell'orfano/a del dipendente, che richiede il sussidio
2. copia dei versamenti effettuati quale tasse di iscrizione.

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

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

Firma per esteso



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

Il 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> 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> A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara: che il 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> A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara: che il 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

\_\_\_\_\_

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

Il 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 per l'acquisto della prima casa.

A tal fine, consapevole sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara:

- a. di avere acquistato, a nome proprio o del proprio coniuge \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ la propria prima casa, sito nel Comune di \_\_\_\_\_ in Via/piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_
- b. di avere contratto con l'Istituto di Credito \_\_\_\_\_ apposito mutuo per poter far fronte al pagamento dell'acquisto
- c. che per l'anno antecedente a quello di presentazione della presente istanza, ha versato all'Istituto di Credito sopra menzionato, a titolo di interessi, la somma di € \_\_\_\_\_
- d. che ha già goduto della presente misura a partire dall'anno \_\_\_\_\_ e, dunque, per non oltre 15 anni
- e.

Si allega la seguente documentazione:

1. fotocopia del documento di identità del dipendente, che richiede il rimborso
2. copia del certificato di mutuo, dal quale si evince la somma degli interessi versati nell'anno precedente .

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

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

Firma per esteso

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

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 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 per spese sanitarie e/o acquisti di presidi e protesi sanitarie per sé, come di seguito descritti .

Si allega la seguente documentazione:

3. fotocopia del documento di identità del dipendente, che richiede il rimborso
4. copia della fattura allo stesso intestata e relativa alle spese sanitarie sostenute e/o all'acquisto di presidi e protesi sanitarie .

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

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

Firma per esteso

\_\_\_\_\_

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

Il 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 per spese sanitarie e/o acquisti di presidi e protesi sanitarie per \_\_\_\_\_ propri figli \_\_\_\_\_ /coniuge, \_\_\_\_\_  
nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e componente del proprio nucleo familiare,  
come di seguito descritti

Si allega la seguente documentazione:

1. fotocopia del documento di identità del dipendente, che richiede il rimborso
2. copia della fattura intestata al componente del proprio nucleo familiare e relativa alle spese sanitarie sostenute e/o all'acquisto di presidi e protesi sanitarie .

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

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

Firma per esteso

\_\_\_\_\_

9

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

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 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 corresponsione del premio di promozione del merito, nella misura prevista dal "Regolamento Welfare"

<p><b>Per avere ottenuto il proprio diploma di Scuola Media Superiore</b></p> <p>A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara che in data ____/____/____, presso l'Istituto scolastico _____ nella città di _____ ha superato gli esami di Stato e gli è stato rilasciato il relativo Diploma</p>
<p><b>Per il Diploma di Scuola Media superiore dell'__ propri__ figli__</b></p> <p>A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara che in data ____/____/____, presso l'Istituto scolastico _____ nella città di _____ l'__ propri__ figli__ nato il ____/____/____ ha superato gli esami di Stato e gli è stato rilasciato il relativo Diploma</p>

Si allega la seguente documentazione:

1. fotocopia del documento di identità del dipendente, che richiede la premialità
2. copia del Diploma o del certificato di diploma

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

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

Firma per esteso

\_\_\_\_\_

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

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

**CHIEDE**

La corresponsione del premio di promozione del merito, nella misura prevista dal "Regolamento Welfare" Per avere ottenuto il proprio diploma di Scuola Media Superiore

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara che in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, presso l'Istituto scolastico \_\_\_\_\_ nella città di \_\_\_\_\_ ha superato gli esami di Stato e gli è stato rilasciato il relativo Diploma

Si allega la seguente documentazione:

1. fotocopia del documento di identità del figlio/a del dipendente deceduto, che richiede la premialità
2. copia del Diploma o del certificato di diploma

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

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

Firma per esteso



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

Il 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 corresponsione del premio di promozione del merito, nella misura prevista dal "Regolamento Welfare"

	<p><b>Per avere ottenuto il proprio primo diploma di Laurea</b></p> <p>A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara che in data ____/____/____, presso l'Università degli Studi _____ nella città di _____ ha conseguito il proprio primo Diploma di laurea</p>
	<p><b>Per il Diploma di Laurea del __ propri __ figli__</b></p> <p>A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara che in data ____/____/____, presso l'Università degli Studi _____ nella città di _____ il __ propri __ figli__ nato il ____/____/____ ha conseguito il proprio primo Diploma di Laurea</p>

Si allega la seguente documentazione:

1. fotocopia del documento di identità del dipendente, che richiede la premialità
2. copia del Diploma o del certificato di diploma

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

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

Firma per esteso

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

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

**CHIEDE**

la corresponsione del premio di promozione del merito, nella misura prevista dal "Regolamento Welfare" per  
avere ottenuto il proprio primo diploma di Laurea.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara che in  
data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, presso l'Università degli Studi \_\_\_\_\_ nella città di  
\_\_\_\_\_ ha conseguito il proprio primo Diploma di Laurea.

Si allega la seguente documentazione:

1. fotocopia del documento di identità del figlio/a del dipendente deceduto, che richiede la premialità
2. copia del Diploma o del certificato di diploma

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

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

Firma per esteso



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

Il 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

\_\_\_\_\_