**Autocertificazione iscritto EBTL**

**richiedente**

**sostegno al reddito campo sanitario/infortunistico**

Io sottoscritto/a ……………………………………....……………………………………………….…….., nato/a a……………………….……., il…………………, cod. fiscale…………………………………………..…, dipendente della Società…………………..………………………………………………………………….…… esercente attività …………………………………………, affermo quanto segue:

* sono iscritto/a all’EBTL e la mia azienda, mensilmente, opera regolare trattenuta in busta paga della quota di contribuzione di mia pertinenza, così come definito dalla Contrattazione collettiva di categoria nazionale e territoriale;
* per le ragioni sanitarie/infortunistiche certificate e già inviate all’EBTL, in data ………………………………..……, ho inoltrato la richiesta del relativo sostegno al reddito;
* dichiaro di non avere richiesto, non voler richiedere e di non aver ricevuto alcun altro sostegno/rimborso economico da parte di altri Enti/Casse di assistenza sanitaria integrativa nazionali e/o territoriali, operanti nell’ambito del settore del turismo, per le medesime regioni sanitarie/infortunistiche alla base della richiesta avanzata a EBTL.

Nella consapevolezza delle responsabilità e delle conseguenze giuridico/legali previste per dichiarazioni non veritiere, confermo integralmente il contenuto di quanto prima affermato.

In fede

Signor/a ……………………………………………………………..

Roma lì…………….