

Spett.le  
Intesa Sanpaolo Group Services  
Ufficio Amministrazione del Personale  
Via Nizza 262/2 – Lingotto  
10126 Torino

**Oggetto: provvidenze per il coniuge e/o figli o equiparati portatori di handicap**

Il/La sottoscritto/a:

Cognome		Nome	
Società			C.I.D.(*)
codice UOG		descrizione UOG	telefono ufficio

(\*) reperibile nel cedolino paga

CHIEDE

in base alle regole in materia di provvidenze economiche a favore dei parenti portatori di handicap grave, la corresponsione della provvidenza di € 2.300,00 lordi per:

il figlio/a, coniuge .....\*

l'equiparato/a.....\*

portatore di grave handicap fisico o psichico (cfr. documentazione allegata).

Dichiara che il predetto familiare è a proprio carico secondo il criterio a suo tempo seguito per la corresponsione degli assegni familiari.

Allegato: certificato medico

.....  
(data)

.....  
(firma)

\*(barrare la/e casella/e di interesse inserendo i dati richiesti)