MODULO DI OPZIONE PER IL WELFARE AZIENDALE

Il sottoscritto _____

nato a _____ in data _____

codice fiscale _____

dipendente della società _____

chiede la sostituzione del PREMIO DI PRODUZIONE nella misura del:

☐ 100%

☐ 50%

nei seguenti servizi:

☐ RIMBORSO PER SPESE SCOLASTICHE

☐ RIMBORSO PER SPESE PER FAMILIARI NON AUTOSUFFICENTI O ANZIANI

Data _____

Firma del richiedente _____