

All'Azienda Regionale
di coordinamento per la salute
SC Gestione Risorse Umane

Trasmesso via mail all'indirizzo:
arcs@certsanita.fvg.it

Oggetto: Richiesta riconoscimento welfare integrativo.

Il/La sottoscritto/a _____
codice fiscale _____ in servizio presso l'Azienda Regionale di
Coordinamento per la Salute (ARCS) in qualità di _____

con la presente chiede il riconoscimento del beneficio di cui all'accordo ponte sottoscritto in data
16.07.2025 tra l'Azienda, la RSU e le OO.SS. di categoria, in esecuzione della DGR FVG n. 826/2025.

A tal fine, consapevole delle conseguenze e sanzioni penali previste, dagli artt. 75 e 76 DPR n.
445/2000, per coloro che rilasciano dichiarazioni non veritiere

dichiara

- che nel periodo 01.06.2025 – 30.09.2025 i figli a carico (compresi i figli nati fuori dal matrimonio riconosciuti, figli adottivi o affidati) indicati nel prospetto che segue, hanno beneficiato o beneficeranno della prestazione/servizio a fianco di ciascuno indicata

Nome e cognome figlio	Data nascita	barrare la voce di interesse		
		Frequenza centro estivo /sportivo	Attività babysitter o simili	Frequenza asili nido

Dichiara inoltre di essere consapevole

- che il beneficio può essere richiesto da uno solo dei genitori, qualora entrambi siano dipendenti di ARCS;

- che la compartecipazione alla spesa sostenuta sarà erogata dall'Azienda solo previa presentazione di idonea documentazione (es. ricevuta fiscale, fattura, ecc.), che dovrà pervenire alla SC Gestione Risorse Umane entro il termine massimo del 31.10.2025, pena l'esclusione dal beneficio.

Data _____

Firma _____