

ASSEGNAZIONE, RESTITUZIONE BENEFIT

MOD-722-M

Assegnazione benefit

| | |
|----------------|--|
| Cognome e nome | |
| Funzione | |

Il Sottoscritto dichiara di aver ricevuto in data odierna le seguenti risorse ad uso individuale da parte dell'Organizzazione

| Benefit assegnati | Numero | Descrizione e identificazione benefit |
|---------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------|
| Polizze assicurative sulla vita | | |
| Assistenza sanitaria integrativa | | |
| Strumenti di previdenza complementare (es. fondi pensione) | | |
| Assistenza a familiari anziani o non autosufficienti | | |
| Assicurazioni rischio non autosufficienza e malattia grave | | |
| Servizi di trasporto collettivo casa-lavoro | | |
| Istruzione a rimborso | | |
| Voucher | | |
| Mutui e finanziamenti | | |
| Concessione in affitto, in uso o in comodato di un fabbricato | | |
| Altri servizi _____ | | |

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di:

- Aver preso conoscenza della "Gestione benefit", illustrata dalla procedura "*Selezione e formazione delle persone*" e in particolare, di impegnarsi a:
 - Utilizzare il materiale assegnato conformemente alle regole di buona condotta
 - Evitare ogni abuso nell'utilizzo delle risorse o un uso contrario al sistema di gestione per la prevenzione della corruzione o alle leggi applicabili in materia
 - Utilizzare le risorse assegnate non per scopi personali compromettenti o illeciti
 - Custodire le risorse assegnate con la massima cura e diligenza
- Impegnarsi, a conclusione del rapporto contrattuale o di lavoro con l'Organizzazione, a restituire, ove applicabile, entro l'ultimo giorno lavorativo, tutte le risorse in dotazione.

| Firma | |
|--------------|------------------------------------------|
| Data e luogo | Il Dipendente/Collaboratore assegnatario |
| | |
| Data e luogo | Firma dell'Alta Direzione |
| | |