



Giunta Regionale della Campania

**Bonus art. 1 comma 1 D.L. 3/2020 -
Anno 2021**

Trattamento integrativo per i lavoratori dipendenti pari ad euro 100 mensili

Alla UOD 50.14.08

Il/La sottoscritto/a _____

Matr. _____ Direzione Generale _____ U.O.D. _____ Tel. _____

Mail _____ Nato/a il _____ a _____

Pr _____ Cod. Fis. _____

CHIEDE

☐

che non gli sia riconosciuto il beneficio previsto dall'art. 1 comma 1 del Decreto-Legge 5 febbraio 2020, n. 3

OPPURE

☐

che non gli sia riconosciuta l'erogazione mensile del beneficio previsto dall'art. 1 comma 1 del Decreto-Legge 5 febbraio 2020, n. 3, salva la possibilità di poterne usufruire, se spettante, in sede di conguaglio nella mensilità di dicembre.

Data _____

Firma

N.B. Al presente modulo deve essere allegata copia del documento di riconoscimento.

La trasmissione deve avvenire esclusivamente via mail all'indirizzo ***anf@regione.campania.it***