



# E.B.N.C.I

## Ente Bilaterale Nazionale Consorzi Irrigui

nasce in data 23 maggio 2023 da un Accordo tra lo SNEBI, la FLAI-CGIL, la FAI-CISL e la FILBI-UIL, come un'Associazione a carattere mutualistico che opera a favore dei dipendenti dei Consorzi di Bonifica e di Miglioramento Fondiario che applicano il CCNL di settore, sottoscritto dai predetti Sindacati.



# E.B.N.C.I

## Ente Bilaterale Nazionale Consorzi Irrigui

Sono iscritti ed hanno diritto alle prestazioni i dipendenti quadri, impiegati ed operai (a tempo indeterminato, a tempo determinato e stagionali), dei Consorzi di Bonifica e di Miglioramento Fondiario che applicano il CCNL di settore sottoscritto.

# PRESTAZIONI:

A. RICAMBIO GENERAZIONALE - RISTRUTTURAZIONE AZIENDALE

B. CONGEDO PARENTALE

C. PATOLOGIE ONCOLOGICHE

D. VITTIME DI VIOLENZA IN GENERE

E. INTEGRAZIONE INDENNITÀ DI MALATTIA

**COME  
PROCEDERE?**

**REGISTRARSI SUL PORTALE  
DELL'ENTE INSERENDO  
L' INDIRIZZO:**

**<https://ebnci.enpaia.it/>**

# Se sei un dipendente

The screenshot shows the ebnci website interface. At the top left is the ebnci logo. To the right are two buttons: 'Scarica il manuale' and 'Scarica il manuale per le Parti Istitutive'. Below these is a text box describing the organization: 'L'E.B.N.C.I. (Ente Bilaterale Nazionale Consorzio) nasce in data 23 maggio 2023 da un Accordo tra lo SNEBI, la FLAI-CGIL, la FAI-CISL e la FILBI-UIL, come un'Associazione a carattere mutualistico che opera a favore dei Consorzi di Bonifica e di miglioramento fondiario che applicano il CCNL di settore, sottoscritto dai predetti Sindacati. Il Fondo è rivolto a specifiche attività, individuate dalle Parti stipulanti, e aventi prevalentemente natura assistenziale.' Below this are four main sections: 'Consorzi', 'Dipendenti', 'Consulenti / Patronati', and 'Parti Istitutive'. Each section has an illustration and two buttons: 'Accedi' (orange) and 'Registrazione' (blue). The 'Dipendenti' section is circled in red, and a large red arrow points from the top text to it.

**Dovrai registrarti qui!**

# INSERIAMO I NOSTRI DATI, IL NOSTRO CODICE FISCALE SARA' IL NOSTRO USERNAME!

### Registrazione Dipendente

Nome \*

Cognome \*

Email \*

Il campo Email è richiesto.

Password

- ✓ Deve avere almeno 8 caratteri.
- ✓ Deve contenere almeno una lettera maiuscola.
- ✓ Deve contenere almeno una lettera minuscola.
- ✓ Deve contenere almeno un numero.
- ✓ Deve contenere almeno un carattere speciale.

Dichiaro di essere il dipendente per cui si stanno richiedendo le credenziali di accesso. \*

Crea utenza Chiudi

### Registrazione Consulente / Patronato

Nome \*

Cognome \*

Email \*

Password

- ✗ Deve avere almeno 8 caratteri.
- ✗ Deve contenere almeno una lettera maiuscola.
- ✗ Deve contenere almeno una lettera minuscola.
- ✗ Deve contenere almeno un numero.
- ✗ Deve contenere almeno un carattere speciale.

Documento di Identità \*

Scegli file Nessun file selezionato

tutti i formati immagine o .pdf (max 1MB)

Dichiaro di essere il consulente / patronato per cui si stanno richiedendo le credenziali di accesso. \*

Crea utenza Chiudi

# UNA VOLTA EFFETTUATA LA REGISTRAZIONE, E AVERLA CONFERMATA NELLA E-MAIL CHE ABBIAMO INSERITO, SIAMO PRONTI PER RICHIEDERE LE PRESTAZIONI.



Scarica il manuale utente

Scarica il manuale per le Parti Istitutive

**L'E.B.N.C.I.** (Ente Bilaterale Nazionale Consorzi Irrigui) nasce in data 23 maggio 2023 da un Accordo tra lo SNEBI, la FLAI-CGIL, la FAI-CISL e la FILBI-UIL, come un'Associazione a carattere mutualistico che opera a favore dei dipendenti dei Consorzi di Bonifica e di miglioramento fondiario che applicano il CCNL di settore, sottoscritto dai predetti Sindacati. Il Fondo è rivolto a specifiche attività, individuate dalle Parti stipulanti, e aventi prevalentemente natura assistenziale.

## Consorzi



Accedi

Registrazione

## Dipendenti



**CIELO CELESTE**, ti abbiamo inviato una email all'indirizzo **CC@MAIL.COM** per confermare la tua richiesta. Verifica anche nello spam.

OK

## Consorzi / Dipendenti



## Parti Istitutive



Accedi

Registrazione

# N.B.

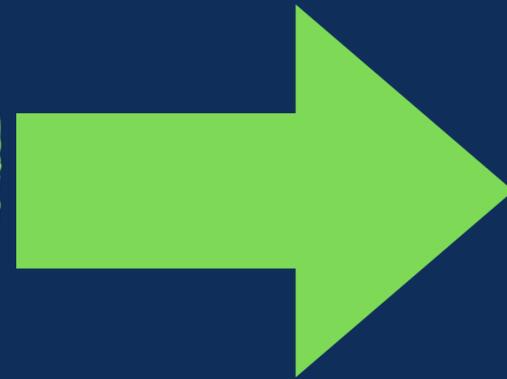
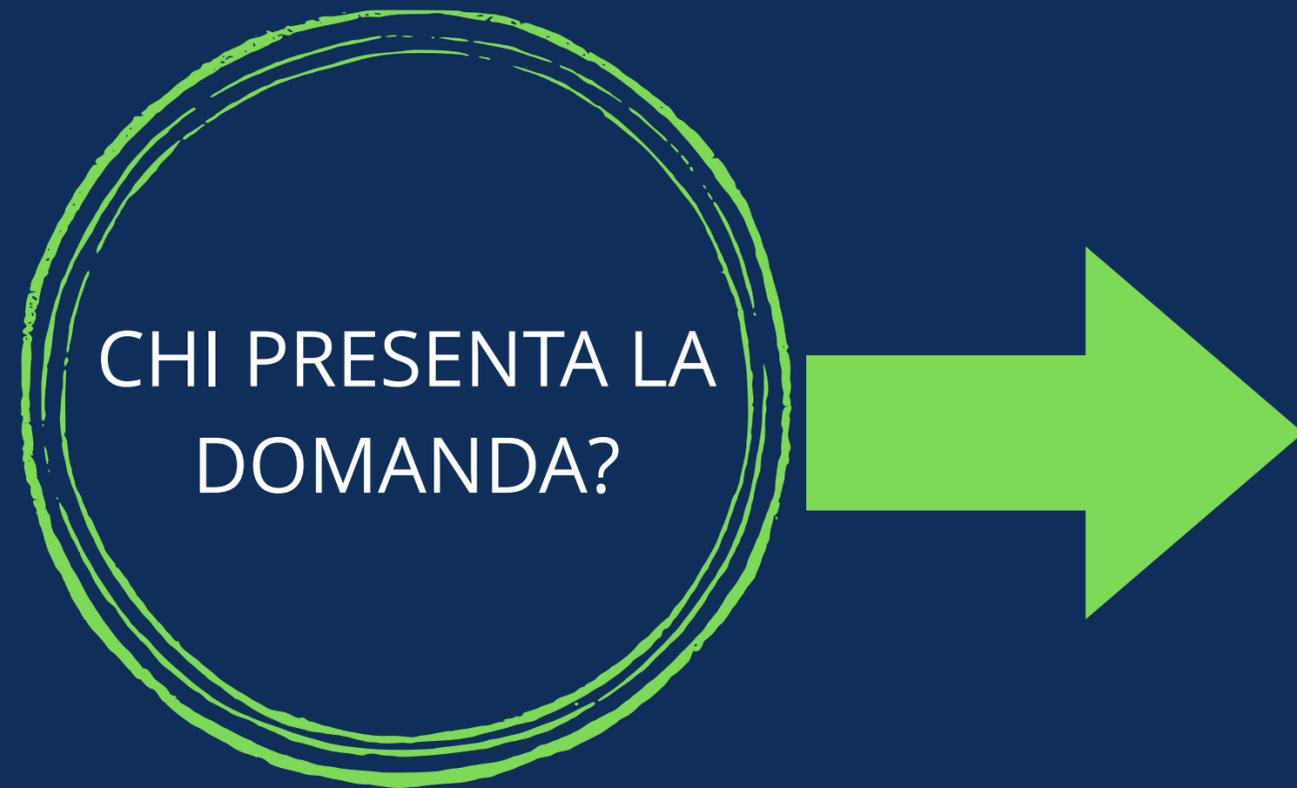
Se sei un dipendente, al momento dell' inserimento dei tuoi dati, il sistema riconoscerà il tuo Consorzio di appartenenza.

The image shows a web form titled "Registrazione Dipendente" with the following fields and elements:

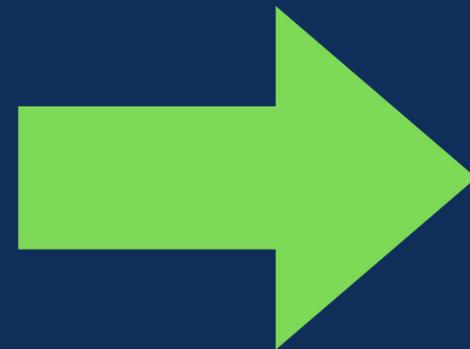
- Nome \***: Text input field.
- Cognome \***: Text input field.
- Email \***: Text input field.
- Codice Fiscale \***: Text input field containing "CLSCLI50A01H501Y" with a checkmark icon.
- Password**: Text input field with a visibility toggle icon.
- Conferma Password**: Text input field with a visibility toggle icon.
- Validation messages**:
  - ✗ Deve avere almeno 8 caratteri.
  - ✗ Deve contenere almeno una lettera maiuscola.
  - ✗ Deve contenere almeno una lettera minuscola.
  - ✗ Deve contenere almeno un numero.
  - ✗ Deve contenere almeno un carattere speciale.
- Terms and conditions**:
  - Dichiaro di essere il dipendente per cui si stanno richiedendo le credenziali di accesso. \*
  - Confermi di essere un dipendente del consorzio Consorzio test 2? \*
- Buttons**: "Crea utenza" (green) and "Chiudi" (blue).

A red arrow points to the checkbox "Confermi di essere un dipendente del consorzio Consorzio test 2? \*".

# A- RICAMBIO GENERAZIONALE – RISTRUTTURAZIONE AZIENDALE



**Il Consorzio di  
appartenenza**

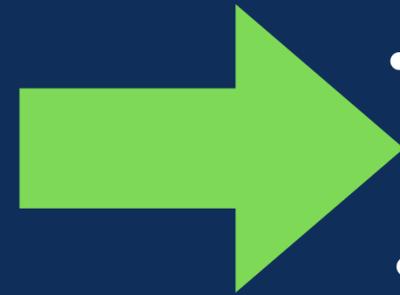


- Quadri
- Impiegati
- Operai

**Assunti a tempo  
INDETERMINATO  
a cui manchino massimo  
24 mesi per la messa in  
quiescenza**

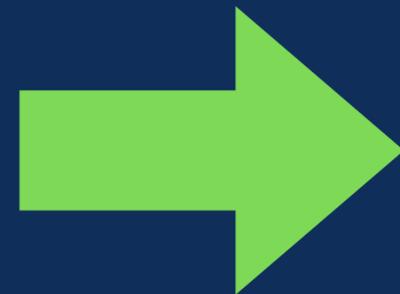
# COSA VIENE RICONOSCIUTO:

**QUADRI  
IMPIEGATI**



- Integrazione Naspi
- Indennità pari alla differenza tra 80% calcolato sul minimo di stipendio base - importo Naspi
- Indennità mensile massima 800 €

**OPERA  
I**



50% del minimo di stipendio base

N.B. Si fa riferimento all'inquadramento del dipendente nel mese precedente al licenziamento.

# COME PRESENTARE LA DOMANDA:

Il Consorzio dovrà compilare il modulo di richiesta ON LINE sul Portale in ogni sua parte, allegando i documenti richiesti.

### Richiesta Ricambio generazionale / Ristrutturazione aziendale - Lett. A (2025)

**Stato Bozza**

A far data dal 01.01.2025 e per eventi accorsi dalla medesima data.  
Ai dipendenti quadri, impiegati, operai a tempo indeterminato cui manchino un massimo di **24 mesi per la messa in quiescenza** e che aderiscano agli accordi sindacali di "ricambio generazionale" e/o "ristrutturazione aziendale" redatti con clausola di salvaguardia spetta una indennità economica di:

QUADRI/AMPIEGATI - max 24 mensilità in due anni, che integri quanto percepito con la NASPI, nella misura di non oltre l'80% del minimo di stipendio base e comunque non oltre € 800 al mese.  
OPERAI - max 24 mensilità in due anni, pari al 50% del minimo di stipendio base.

Il numero di domande accoglibili, una sola volta a biennio, è pari al 3% del totale dei dipendenti del Consorzio, con la garanzia di:

N° 1 domanda, se Consorzio ha da 1 a 25 dipendenti  
N° 3 domande, massimo 3% dei dipendenti, se Consorzio ha da 26 a 200 dipendenti  
Oltre 200 dipendenti vale il limite del 3%

---

#### Dati Consorzio

<b>Ragione Sociale</b> Chr Csl	<b>Partita Iva</b>	<b>Indirizzo</b> via pippo 17 - FRASCATI - ROMA - 00044
<b>Codice Fiscale</b> 838383838	<b>Telefono</b> 12312123123	<b>Iban Consorzio</b> IT60X054281110100000123456
<b>Email</b> it@paloncinopec.it		

---

#### Dati Dipendente

<b>Nominativo</b>	<b>Codice Fiscale</b>	<b>Data di Nascita</b>	<b>Comune di Nascita</b>
<b>Indirizzo Residenza</b>		<b>Email</b>	<b>Telefono</b>
<b>Qualifica</b>	<b>Tipo Assunzione</b>	<b>Area</b>	<b>Parametro</b>
<b>Tipo Rapporto Lavoro</b>	<b>Data Assunzione</b>	<b>Minimo Tabellare</b>	

---

#### Dati Pratica

Dipendente

Numero mesi richiesti di copertura \*

#### Documentazione richiesta

Tipo documentazione da allegare alla richiesta \*\* Scarica l'informativa sulla privacy

[Seleziona tipo documento] \*

Allegato

Scegli file Nessun file selezionato

In formato pdf (max. 10MB)

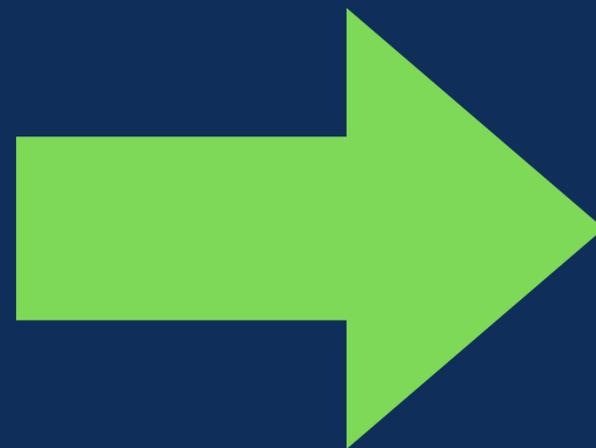
\* Il sottoscritto è consapevole delle responsabilità, anche penali, che si assume nel caso di dichiarazioni mendaci. Inoltre il sottoscritto si impegna a consentire all'EBNCCI di effettuare le verifiche necessarie a riscontrare, anche dopo l'erogazione delle provvidenze, la sussistenza dei presupposti per le erogazioni delle provvidenze.

Dichiaro di essere consapevole delle responsabilità.

\* Campi obbligatori

Salva bozza Chiudi finestra

Quali sono i  
documenti  
da  
allegare:



- copia dell'accordo sindacale sottoscritto tra Consorzio ed organizzazioni sindacali stipulanti il CCNL dei Consorzi di Bonifica e miglioramento fondiari
- copia di documento di identità dei lavoratori interessati alla prestazione in corso di validità
- copia della lettera di adesione all'accordo sindacale da parte dei lavoratori interessati alla prestazione;
- copia della busta paga relativa al mese precedente il licenziamento dei lavoratori interessati alla prestazione;
- copia del modello UNILAV riportante la data di cessazione del rapporto di lavoro di ciascun lavoratore interessato alla prestazione, unicamente in caso di accoglimento della pratica

**La domanda sarà salvata in prima istanza in BOZZA e successivamente sarà possibile INVIARLA.**

Quali sono i TERMINI  
per  
l'invio:

Tale documentazione deve essere inviata  
entro il termine perentorio del 30 aprile  
dell'anno in cui è previsto il licenziamento.

**N.B. Le prestazioni saranno erogate fino ad esaurimento delle somme stanziare di anno in anno con delibera del Comitato di Gestione e saranno valutate in base all'ordine cronologico di presentazione. Resta intesa la possibilità di ampliare la dotazione del capitolo di spesa in corso di anno. Resta esclusa la possibilità di evadere le richieste l'anno successivo**

# QUANTE DOMANDE SI POSSONO PRESENTARE:

Ogni Consorzio potrà presentare richiesta per un numero di lavoratori pari al 3% del numero totale dei propri dipendenti con i seguenti elementi di garanzia:

- consorzi con meno di 25 dipendenti diritto ad aderire per almeno un lavoratore;
- consorzi che occupano da 26 a 200 dipendenti diritto ad aderire per almeno 3 lavoratori;



N.B. I Consorzi potranno beneficiare delle prestazioni una sola volta nell'arco di un biennio

# COME SARA' EROGATA LA PRESTAZIONE:

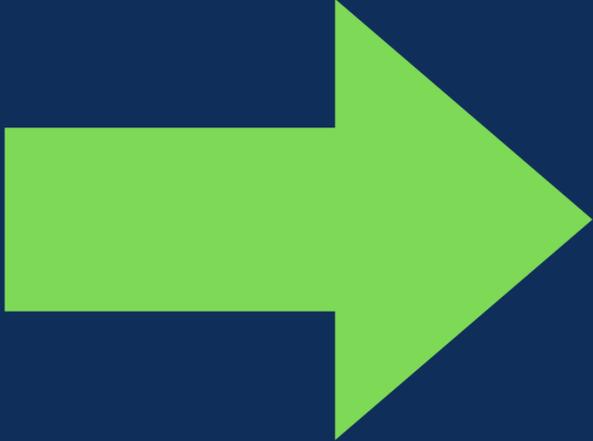
**IL CONSORZIO EROGHERA' MENSILMENTE AL DIPENDENTE GLI IMPORTI DOVUTI, al netto delle ritenute di legge, TRAMITE BONIFICO BANCARIO (su conto corrente intestato o cointestato all'Isritto). L'importo complessivo sarà trasferito dall'EBNCI, entro i 60 giorni successivi al termine ultimo per la presentazione delle domande per un capitale complessivo pari ad un massimo di 24 mesi.**



**Nel caso in cui il lavoratore inizi un nuovo rapporto di lavoro, anche di collaborazione, all'interno del comparto dei Consorzi durante il periodo oggetto dell'indennità, è tenuto a comunicarlo tempestivamente al Consorzio per iscritto. In tal caso la prestazione spettante sarà proporzionalmente ridotta ed il Consorzio sarà tenuto a restituire gli importi.**

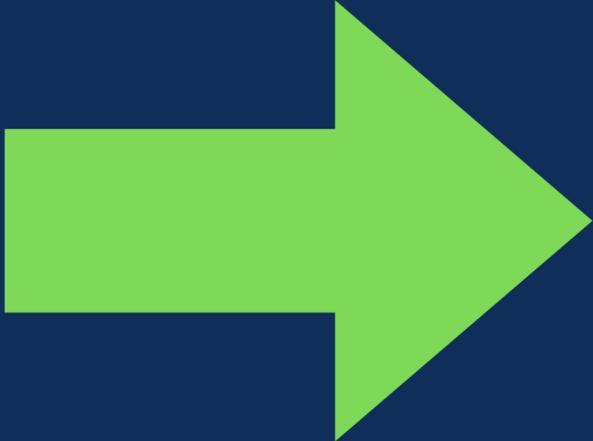
# B- CONGEDO PARENTALE

QUALI SONO I  
REQUISITI



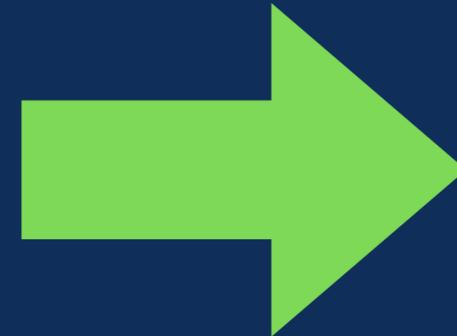
Avvalersi del congedo parentale  
di cui all'art. 32 del d.lgs. n.  
151/2001  
(cd. Astensione facoltativa)

CHI PRESENTA LA  
DOMANDA?



**DIPENDENTE**  
**CONSULENTE/PATRONATO**

CHI PUO' RICHIEDERE  
LA PRESTAZIONE?

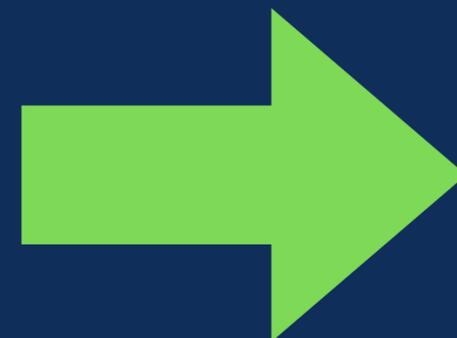


- **Quadri**
- **Impiegati**
- **Operai**



Assunti a tempo  
**DETERMINATO** e  
**INDETERMINATO**

CHI PUO' RICHIEDERE  
LA PRESTAZIONE?



**Operai**  
**Avventizi**



Iscritti per almeno **51 giornate**  
all'EBNCI nell'**anno precedente**  
a quello in cui viene richiesta  
la prestazione

# COSA VIENE RICONOSCIUTO:



Quadri  
Impiegati  
Operai  
Operai  
Avventizi



Un'indennità economica, per la durata del congedo che, inclusa l'indennità erogata dall'Inps in base alla normativa vigente (per il tramite del datore di lavoro) a titolo di maternità/paternità facoltativa, non potrà cumulativamente essere superiore al 100% del minimo di stipendio base.

N.B. Si fa riferimento all'inquadramento del dipendente nel mese precedente.

# COME PRESENTARE LA DOMANDA:

Compilando il modulo di richiesta ON LINE sul Portale in ogni sua parte, allegando i documenti richiesti.

### Richiesta Congedo Parentale - Lett. B (2025)

Stato Bozza

A far data dal 01.01.2025 e per eventi accorsi dalla medesima data.

Al dipendenti quadri, impiegati, operai (tempo indeterminato o determinato) e operai avventizi, in costanza di rapporto di lavoro, che si avvalgono del congedo parentale di cui all'art. 32 del D.lgs. n. 151/2001 (cd. **Astensione facoltativa**), è riconosciuta per la durata del congedo un'indennità economica integrativa dell'indennità di maternità/paternità facoltativa erogata dall'INPS.  
L'indennità in parola, cumulativamente a quella dell'INPS, non potrà essere superiore al 100% del minimo di stipendio base.

#### Dati Consorzio

<b>Ragione Sociale</b> Consorzio Test 26022025	<b>Partita Iva</b>	<b>Indirizzo</b> Via Po - ROMA - ROMA - 00144
<b>Codice Fiscale</b> 01234567890	<b>Telefono</b> 3331133555	<b>Iban Consorzio *</b> *****
<b>Email</b> cb@pec.it		

#### Dati Dipendente

<b>Nominativo</b> maria verde	<b>Codice Fiscale</b> VRDMRA60A41H501Q	<b>Data di Nascita</b> 01/01/1960	<b>Comune di Nascita</b> ROMA
<b>Indirizzo Residenza</b> via po - ROMA - RM - 00144		<b>Email</b> mv@mail.com	<b>Telefono</b> 45644544542
<b>Qualifica</b> Impiegato	<b>Tipo Assunzione</b> Tempo indeterminato	<b>Area</b> A	<b>Parametro</b> 184
<b>Tipo Rapporto Lavoro</b> Full Time	<b>Data Assunzione</b> 01/01/1985	<b>Minimo Tabellare</b> 2643,77	

#### Dati Pratica

Astensione Oraria  Astensione Giornaliera  Astensione Mensile \*

<b>Data conclusione astensione *</b>	<b>Giorni astensione riconosciuti dall'Inps *</b>	<b>Importo giornaliero riconosciuto dall'Inps *</b>
<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0,00"/>

#### Documentazione richiesta

Tipo documentazione da allegare alla richiesta \*\* Scarica l'informativa sulla privacy

[Seleziona tipo documento] ▾

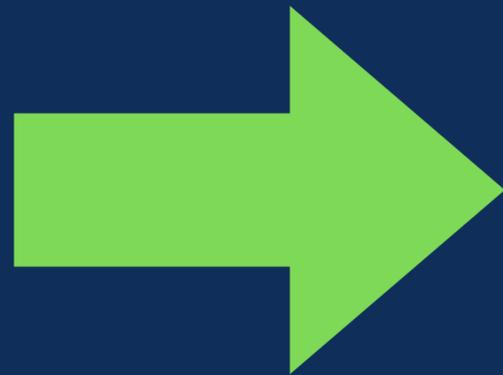
#### Allegato

Scegli file Nessun file selezionato

In formato .pdf (max. 1MB)

# Quadri - Impiegati - Operai:

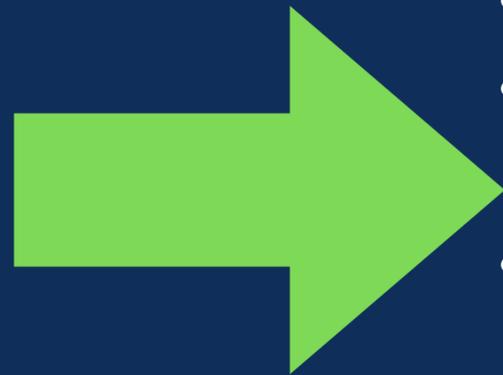
Quali sono i  
documenti  
da  
allegare:



- copia di documento di identità in corso di validità;
- copia completa della domanda inoltrata all'INPS, con la relativa ricevuta di accoglimento da parte dell'Istituto;
- copia completa della domanda inoltrata al datore di lavoro.
- copia dei cedolini paga, relativi alle mensilità in cui viene richiesta l'indennità, da cui risulta l'importo erogato dall'INPS.

# Operai Avventizi

Quali sono i  
documenti  
da  
allegare:



- copia di documento di identità in corso di validità;
- copia completa della domanda inoltrata all'INPS, con la relativa ricevuta di accoglimento da parte dell'Istituto;
- copia completa del prospetto attestante la liquidazione ricevuta dall'INPS.

**N.B.L'indennità è frazionata a giornata considerando la mensilità di 26 giorni lavorativi**

**La domanda sarà salvata in prima istanza in BOZZA e successivamente sarà possibile INVIARLA.**

Quali sono i TERMINI  
per  
l'invio:

La documentazione deve essere inviata all'Ente, entro il termine perentorio di 30 giorni che decorrono dalla data in cui si è conclusa l'astensione.

**N.B. Le prestazioni sono riconosciute nei limiti dei fondi stanziati annualmente con apposita delibera del Comitato di Gestione dell'EBNCI e di conseguenza riproporzionate in funzione del numero delle richieste.**

# COME e QUANDO SARA' EROGATA LA PRESTAZIONE:

L'EBNCI erogherà **INTERAMENTE** al CONSORZIO gli importi dovuti e quest'ultimo EROGHERA' al dipendente detti importi, al netto delle ritenute di legge, ENTRO IL 31 MARZO dell'anno successivo alla presentazione della richiesta tramite bonifico bancario (su conto corrente intestato o cointestato all'Isritto).



**Se il Lavoratore dovesse interrompere anticipatamente il periodo di astensione richiesto è tenuto a comunicarlo tempestivamente al Consorzio per iscritto, in tal caso la prestazione spettante sarà proporzionalmente ridotta ed il Consorzio sarà tenuto a restituire gli importi all'Ente**

# C- PATOLOGIE ONCOLOGICHE

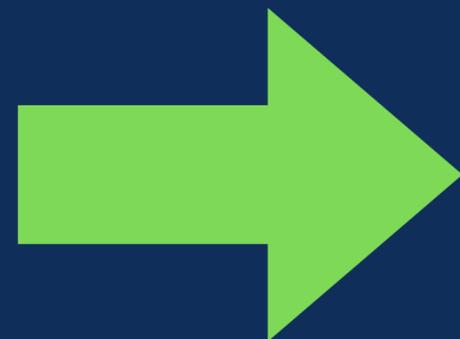
QUALI SONO I  
REQUISITI

Chi è affetto da PATOLOGIE ONCOLOGICHE o che abbia subito GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI e che USUFRUISCA dell'ASPETTATIVA NON RETRIBUITA di cui all' articolo 102 del CCNL della bonifica 12 ottobre 2020.

CHI PRESENTA LA  
DOMANDA?

- **DIPENDENTE**
- **Consulente/Patronato**

CHI PUO' RICHIEDERE  
LA PRESTAZIONE?



- **Quadri**
- **Impiegati**
- **Operai**

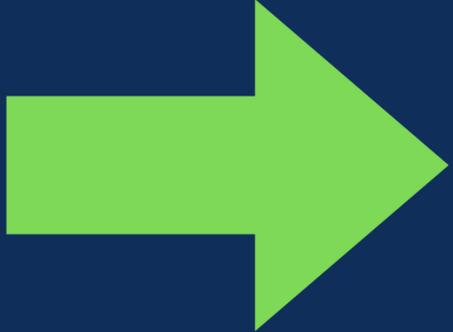


Assunti a tempo

**INDETERMINATO**

# COSA VIENE RICONOSCIUTO:

**Quadri  
Impiegati  
Operai**



- Un assegno di solidarietà pari al 70% del minimo di stipendio base
- Importo Massimo 1400 € / mese lordi
- Massimo 12 mensilità in 5 anni

N.B. Si fa riferimento all'inquadramento del dipendente nel mese precedente alla collocazione in aspettativa.

# COME PRESENTARE LA DOMANDA:

Compilando il modulo di richiesta ON LINE sul Portale in ogni sua parte, allegando i documenti richiesti.

### Richiesta Patologie Oncologiche - Lett. C (2025)

[Stato Bocca](#)

A far data dal 01.01.2025 e per eventi accorsi dalla medesima data.  
Ai dipendenti quadri, impiegati, operai assunti a tempo indeterminato.

1) affetti da patologie oncologiche o che abbiano subito grandi interventi chirurgici  
2) che usufruiscono dell'aspettativa non retribuita di cui all' art. 102 del CCNL della bonifica 12 ottobre 2020 è riconosciuto un assegno di solidarietà pari al 70% del minimo di stipendio base.  
Tale assegno non potrà superare l'importo max di € 1.400,00 lordi mensili.

---

#### Dati Consorzio

<b>Ragione Sociale</b> Consorzio Test 26022025	<b>Partita Iva</b>	<b>Indirizzo</b> Via Po - ROMA - ROMA - 00144
<b>Codice Fiscale</b> 01234567890	<b>Telefono</b> 3331133555	<b>Iban Consorzio *</b> .....
<b>Email</b> cb@pec.it		

---

#### Dati Dipendente

<b>Nominativo</b> maria verde	<b>Codice Fiscale</b> VRDMRA60M41H501Q	<b>Data di Nascita</b> 01/01/1960	<b>Comune di Nascita</b> ROMA
<b>Indirizzo Residenza</b> via po - ROMA - RM - 00144	<b>Tipo Assunzione</b> Tempo indeterminato	<b>Email</b> mv@mail.com	<b>Telefono</b> 45644544542
<b>Qualifica</b> Impiegato	<b>Data Assunzione</b> 01/01/1985	<b>Area</b> A	<b>Parametro</b> 184
<b>Tipo Rapporto Lavoro</b> Full Time		<b>Minimo Tabellare</b> 2643,77	

---

#### Dati Pratica

[Informativa la pratica che interessa](#)

Al sensi dell'art. 102 CCNL 12 ottobre 2020, si dichiara che nel quinquennio precedente

Ha usufruito di aspettativa non retribuita \*  Non ha usufruito di aspettativa non retribuita \*

Mesi di aspettativa già usufruiti  ✓

Mesi di aspettativa richiesti \*  ✓

Data decorrenza periodo astensione facoltativa \*  ✓

---

#### Documentazione richiesta

Tipo documentazione da allegare alla richiesta \* \* Scarica l'informativa sulla privacy

Allegato  Nessun file selezionato

[In formato pdf \(max 10Mb\)](#)

---

\* Il sottoscritto è consapevole delle responsabilità, anche penali, che si assume nel caso di dichiarazioni mendaci. Inoltre il sottoscritto si impegna a consentire all'EBNC di effettuare le verifiche necessarie a riscontrare, anche dopo l'erogazione delle provvidenze, la sussistenza dei presupposti per le erogazioni delle provvidenze.

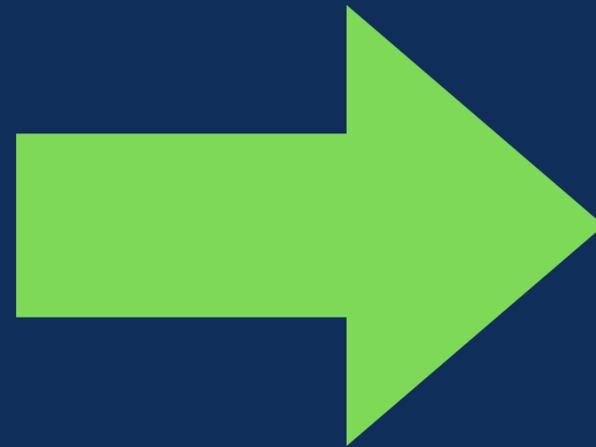
Dichiaro di essere consapevole delle responsabilità.

---

\* Campi obbligatori

[Salva bocca](#) [Chiudi finestra](#)

Quali sono i  
documenti  
da  
allegare:



- copia di documento di identità in corso di validità;
- documentazione afferente alla patologia oncologica o al grande intervento chirurgico cui il dipendente è stato sottoposto;
- copia completa della richiesta di aspettativa non retribuita presentata al datore di lavoro.

**La domanda sarà salvata in prima istanza in BOZZA e successivamente sarà possibile INVIARLA.**

Quali sono i TERMINI  
per  
l'invio:

La documentazione deve essere inviata all'Ente entro il termine perentorio di 30 giorni dall'inizio dell'aspettativa.

**N.B. Le prestazioni saranno erogate fino ad esaurimento delle somme stanziare di anno in anno con delibera del Comitato di Gestione e saranno valutate in base all'ordine cronologico di presentazione. Resta intesa la possibilità di ampliare la dotazione del capitolo di spesa in corso di anno. Resta esclusa la possibilità di evadere le richieste l'anno successivo.**

# COME e QUANDO SARA' EROGATA LA PRESTAZIONE:

L'Ente erogherà interamente gli importi dovuti al Consorzio presso cui l'iscritto è dipendente. Il Consorzio successivamente provvederà a trasferirli mensilmente, al netto delle ritenute di legge, al lavoratore.

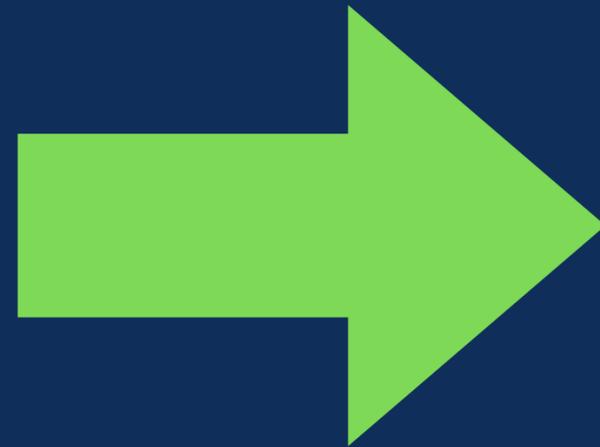


**Nel caso in cui il Lavoratore interrompa anticipatamente il periodo di aspettativa non retribuita richiesto è tenuto a comunicarlo tempestivamente al Consorzio per iscritto.**

**In tal caso la prestazione spettante sarà proporzionalmente ridotta ed il Consorzio sarà tenuto a restituire gli importi.**

## D- VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE

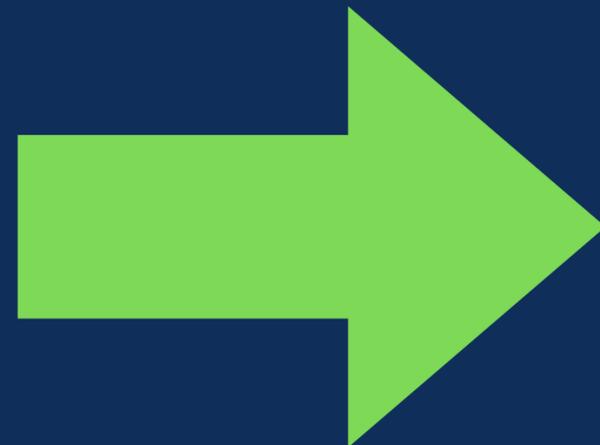
QUALI SONO I  
REQUISITI



- Donne lavoratrici
- Inserite nei percorsi di protezione relativi alla violenza di genere
- Usufruiscono dello specifico congedo disciplinato all'art. 24 del D. lgs. n. 80/2015

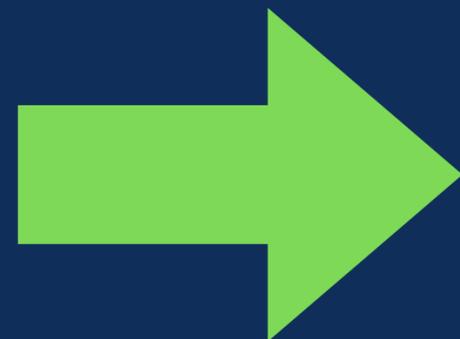


CHI PRESENTA LA  
DOMANDA?



- **DIPENDENTE**
- **Consulente/Patronato**

CHI PUO' RICHIEDERE  
LA PRESTAZIONE?



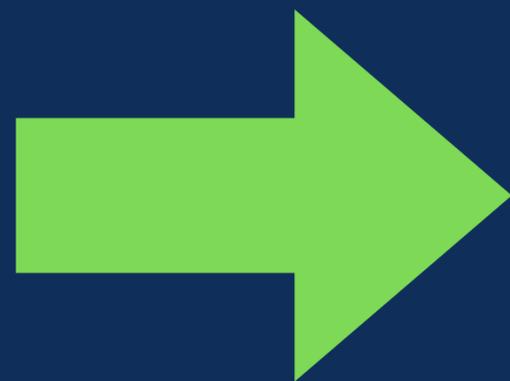
- **Quadri**
- **Impiegati**
- **Operai**



Assunti a tempo

**INDETERMINATO**

# COSA VIENE RICONOSCIUTO:



Un'indennità pari al 100% del minimo retributivo tabellare del CCNL per i tre mesi di congedo fruiti successivamente ai tre mesi previsti per legge ed indennizzati dall'INPS.

N.B. Si fa riferimento all'inquadramento della lavoratrice.

# COME PRESENTARE LA DOMANDA:

Compilando il modulo di richiesta ON LINE sul Portale in ogni sua parte, allegando i documenti richiesti.

**Richiesta Vittime di Violenza di Genere - Lett. D (2025)**

**Stato Bozza**

A far data dal 01/01/2025 e per eventi accorsi dalla medesima data.

Alle sole lavoratrici donne assunte a tempo indeterminato inserite nei percorsi di protezione relativi alla violenza di genere che usufruiscono dello specifico congedo disciplinato dall'art. 24 del D. lgs. n. 80/2015, è riconosciuta un'indennità pari al 100% del minimo retributivo tabellare del CCNL, per i tre mesi di congedo fruiti successivamente a quelli previsti per legge ed indennizzati dall'INPS.

**Dati Consorzio**

<b>Ragione Sociale</b> Consorzio Test 26022025	<b>Partita Iva</b> 01234567890	<b>Indirizzo</b> Via Po - ROMA - ROMA - 00144
<b>Codice Fiscale</b> 01234567890	<b>Telefono</b> 3331133555	<b>Iban Consorzio</b> *****
<b>Email</b> cbi@pec.it		

**Dati Dipendente**

<b>Nominativo</b> maria verde	<b>Codice Fiscale</b> VRDMRA60A41H501Q	<b>Data di Nascita</b> 01/01/1960	<b>Comune di Nascita</b> ROMA
<b>Indirizzo Residenza</b> via po - ROMA - RM - 00144	<b>Tipo Assunzione</b> Tempo indeterminato	<b>Email</b> mv@mail.com	<b>Telefono</b> 45644544542
<b>Qualifica</b> Impiegato	<b>Data Assunzione</b> 01/01/1985	<b>Area</b> A	<b>Parametro</b> 184
<b>Tipo Rapporto Lavoro</b> Full Time		<b>Minimo Tabellare</b> 2643,77	

**Dati Pratica**

Data aspettativa INPS da  a  N° mesi richiesti

**Documentazione richiesta**

Tipo documentazione da allegare alla richiesta \*\* Scarica l'informativa sulla privacy

[Seleziona tipo documento] \*

**Allegato**

Scegli file | Nessun file selezionato

[In formato pdf \(max 10Mb\)](#)

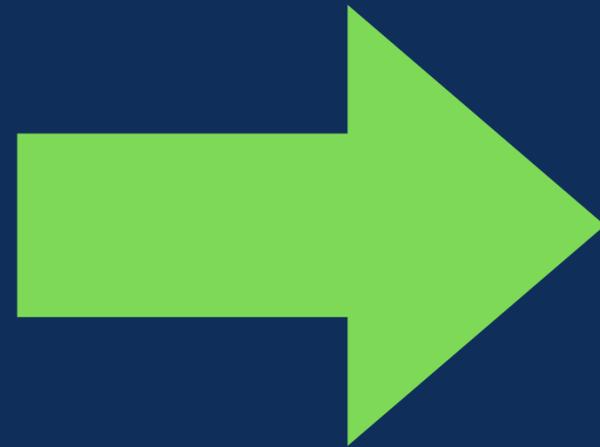
\* Il sottoscritto è consapevole delle responsabilità, anche penali, che si assume nel caso di dichiarazioni mendaci. Inoltre il sottoscritto si impegna a consentire all'EBNCI di effettuare le verifiche necessarie a riscontrare, anche dopo l'erogazione delle provvidenze, la sussistenza dei presupposti per le erogazioni delle provvidenze.

Dichiaro di essere consapevole delle responsabilità.

\* Campi obbligatori

**Salva bozza** **Chiudi finestra**

Quali sono i  
documenti  
da  
allegare:



- copia di documento di identità in corso di validità;
- copia completa dell'atto con cui la lavoratrice comunica al datore di lavoro la volontà di avvalersi del congedo aggiuntivo di cui al D. Lgs. n. 80/2015, art. 24 e dal quale risulta l'indicazione dell'inizio e della fine del periodo di congedo;
- certificazione dei servizi sociali del comune di residenza o dei centri antiviolenza o delle case di rifugio;
- copia dei cedolini paga, relativi ai primi tre mesi di fruizione dell'aspettativa, dai quali si evinca l'effettiva fruizione dell'indennità riconosciuta dalla legge;
- copia dei cedolini paga, relativi agli ulteriori tre mesi di fruizione del congedo, dai quali si evinca l'effettiva fruizione dell'astensione riconosciuta.

**La domanda sarà salvata in prima istanza in BOZZA e successivamente sarà possibile INVIARLA.**

Quali sono i TERMINI  
per  
l'invio:

La documentazione deve essere inviata all'Ente entro il termine perentorio di 30 giorni dall'inizio dell'aspettativa.

**N.B. Le prestazioni saranno erogate fino ad esaurimento delle somme stanziare di anno in anno con delibera del Comitato di Gestione e saranno valutate in base all'ordine cronologico di presentazione. Resta intesa la possibilità di ampliare la dotazione del capitolo di spesa in corso di anno. Resta esclusa la possibilità di evadere le richieste l'anno successivo.**

# COME e QUANDO SARA' EROGATA LA PRESTAZIONE:

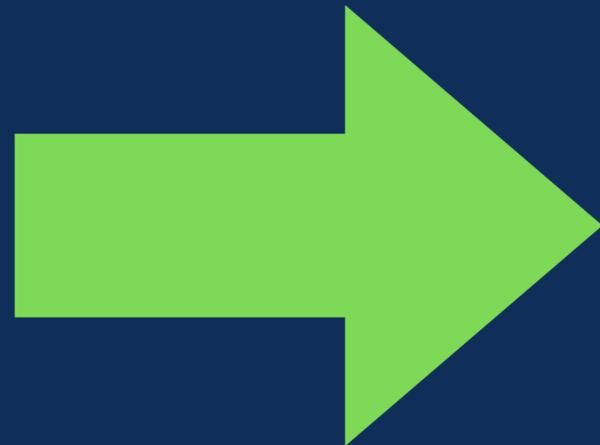
L'EBNCI erogherà **INTERAMENTE** al CONSORZIO gli importi dovuti e quest'ultimo EROGHERA' al dipendente detti importi, al netto delle ritenute di legge, ENTRO IL 31 MARZO dell'anno successivo alla presentazione della richiesta tramite bonifico bancario (su conto corrente intestato o cointestato all'Isritto).



**Nel caso in cui la Lavoratrice interrompa anticipatamente il periodo di congedo richiesto è tenuta a comunicarlo tempestivamente al Consorzio per iscritto. In tal caso la prestazione spettante sarà proporzionalmente ridotta.**

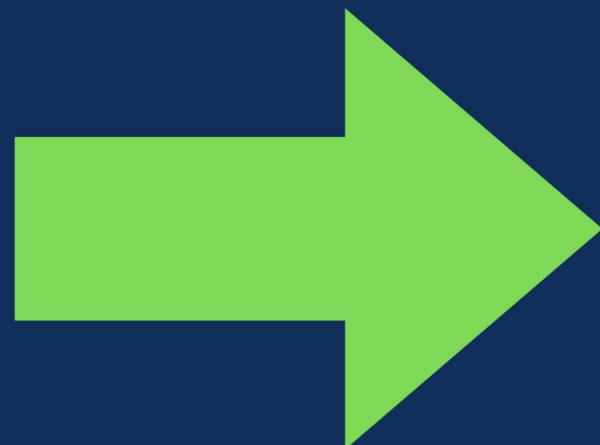
# E- INTEGRAZIONE DI INDENNITA' DI MALATTIA

QUALI SONO I  
REQUISITI

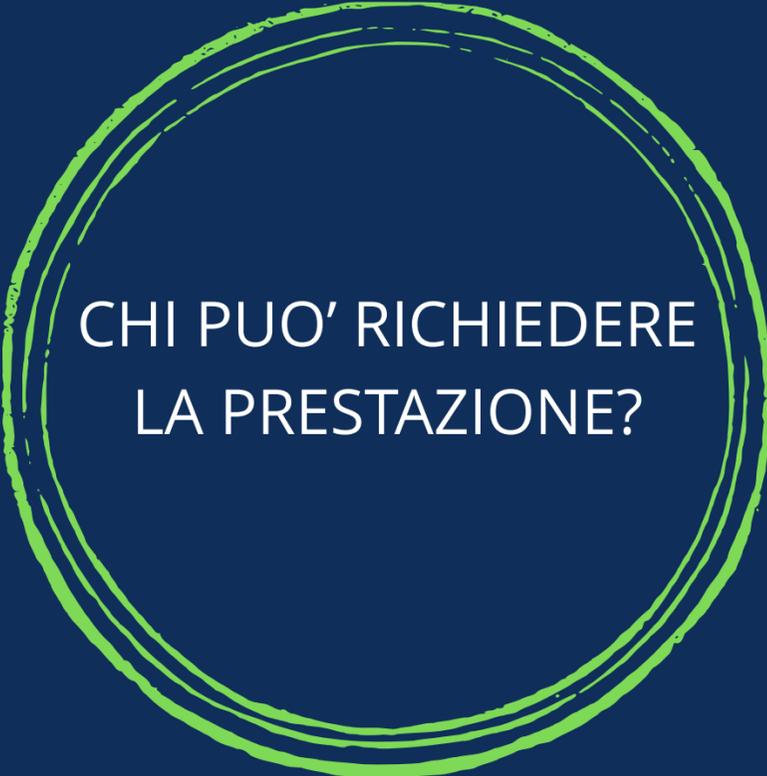


- Iscritti per almeno 51 giornate all'EBNCI nell'anno precedente a quello in cui viene richiesta la prestazione
- Godono del trattamento previdenziale previsto dalla legge per il settore agricoltura
- l'evento morboso sia sopravvenuto in costanza di rapporto di lavoro con il Consorzio ovvero in periodo di licenziamento o di sospensione del lavoro da non oltre 180 giorni.

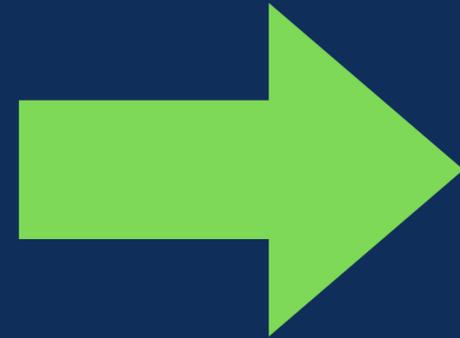
CHI PRESENTA LA  
DOMANDA?



- **DIPENDENTE**
- **Consulente/Patronato**



CHI PUO' RICHIEDERE  
LA PRESTAZIONE?



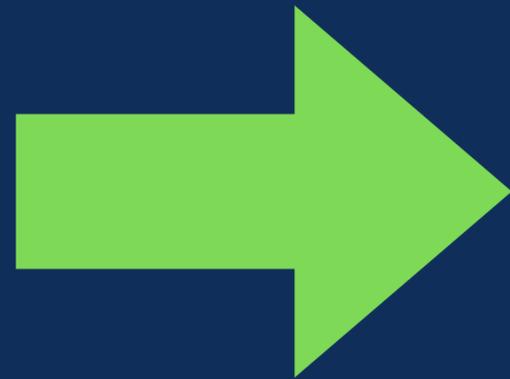
**OPERAI  
AVVENTIZI**



L'integrazione sarà corrisposta all' operaio avventizio per ogni giorno per il quale il richiedente ha percepito l'indennità di malattia a carico dell'INPS.

# COSA VIENE RICONOSCIUTO:

**Operai  
Avventiz  
i**



**Indennità integrativa giornaliera stabilita in  
10 euro lordi per un MASSIMO di 20 giornate  
indennizzabili ANNUE**

**N.B. L'importo dell'indennità integrativa a carico dell'EBNCI ed il limite massimo delle  
giornate indennizzabili per malattia sono deliberate annualmente dal Comitato di Gestione**

# COME PRESENTARE LA DOMANDA:

Compilando il modulo di richiesta ON LINE sul Portale in ogni sua parte, allegando i documenti richiesti.

### Richiesta Integrazione di Indennità Malattia - Lett. E (2025)

**Stato Bozza**

A far data dal 01.01.2025 e per eventi accorsi dalla medesima data.

Agli **operai avventizi** è riconosciuta un'indennità integrativa giornaliera stabilita in 10 euro lordi per un massimo di 20 giornate indennizzabili annue, per ogni giorno per cui il dipendente ha percepito l'indennità.

L'integrazione sarà corrisposta sia se:  
- L'evento morboso è sopravvenuto in costanza di rapporto di lavoro;  
- Sia se sopravvenuto a seguito di licenziamento o sospensione dal lavoro intervenuta da non oltre 180 gg.

In caso di decesso del dipendente in costanza di malattia: la prestazione sarà garantita agli eredi legittimi previo invio della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, nella misura del massimale annuo di 20 giornate (€ 200,00).

---

**Dati Consorzio**

<b>Ragione Sociale</b> Consorzio Test 26022025	<b>Partita Iva</b>	<b>Indirizzo</b> Via Po - ROMA - ROMA - 00144
<b>Codice Fiscale</b> 01234567890	<b>Telefono</b> 3331133555	
<b>Email</b> cb@pec.it		

---

**Dati Dipendente**

<b>Nominativo</b> giovanni bianco	<b>Codice Fiscale</b> BNCGNB0A01H501T	<b>Data di Nascita</b> 01/01/1980	<b>Comune di Nascita</b> ROMA
<b>Indirizzo Residenza</b> via po - ROMA - RM - 00144	<b>Tipo Assunzione</b> Stagionale	<b>Email</b> gb@mail.com	<b>Telefono</b> 3214578999
<b>Qualifica</b> Operaio avventizio	<b>Data Assunzione</b> 15/01/2024	<b>Area</b> OPERAIO PAR. 11B	<b>Parametro</b> 11B
<b>Tipo Rapporto Lavoro</b> Full Time		<b>Minimo Tabellare</b> 10,45	<b>Iban Dipendente *</b> IT60X0542811101000000123456

---

**Dati Pratica**

Periodo durata malattia da  a  Data liquidazione INPS \*

---

**Documentazione richiesta**

Tipo documentazione da allegare alla richiesta \* [Scarica l'informativa sulla privacy](#)

[Seleziona tipo documento] -

Allegato  Scegli file  Nessun file selezionato [In formato pdf \(max 10Mb\)](#)

---

\* Il sottoscritto è consapevole delle responsabilità, anche penali, che si assume nel caso di dichiarazioni mendaci. Inoltre il sottoscritto si impegna a consentire all'EBNCI di effettuare le verifiche necessarie a riscontrare, anche dopo l'erogazione delle provvidenze, la sussistenza dei presupposti per le erogazioni delle provvidenze.

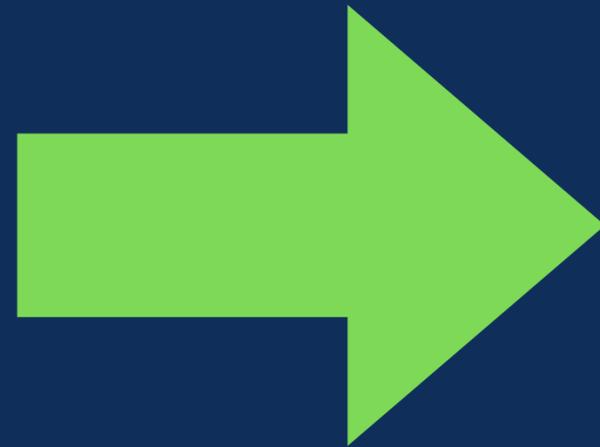
Dichiaro di essere consapevole delle responsabilità.

---

\* Campi obbligatori

[Salva bozza](#) [Chiudi finestra](#)

Quali sono i  
documenti  
da  
allegare:



- copia prospetto dell'avvenuto pagamento dell'indennità di legge, per i periodi di malattia per i quali si richiede l'integrazione dell'EBNCI da parte dell'INPS;
- copia dell'Unilav dell'anno di competenza della malattia

**La domanda sarà salvata in prima istanza in BOZZA e successivamente sarà possibile INVIARLA.**

Quali sono i TERMINI  
per  
l'invio:

La domanda deve essere inoltrata all'EBNCI entro il sessantesimo giorno dall'avvenuta liquidazione delle indennità di legge da parte dell'INPS.

**N.B. Le prestazioni saranno erogate fino ad esaurimento delle somme stanziare di anno in anno con delibera del Comitato di Gestione e saranno valutate in base all'ordine cronologico di presentazione.**

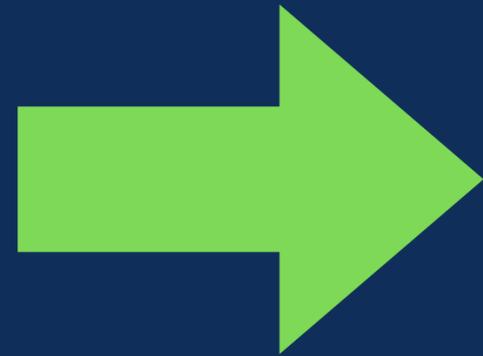
**Resta intesa la possibilità di ampliare la dotazione del capitolo di spesa in corso di anno.**

# COME e QUANDO SARA' EROGATA LA PRESTAZIONE:

L'EBNCI erogherà all'iscritto gli importi dovuti, al netto delle ritenute di legge, tramite bonifico bancario (su conto corrente intestato o cointestato all'iscritto).

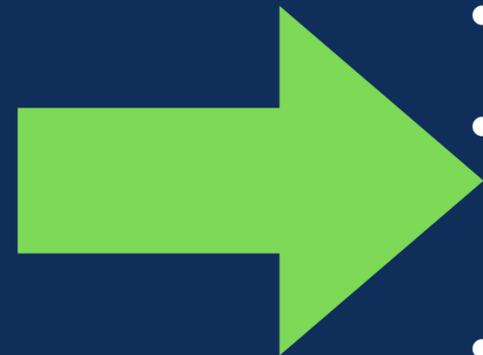
# DECESSO DELL'ISCRITTO IN COSTANZA DI MALATTIA

CHI PRESENTA LA  
DOMANDA?



**Aventi diritto/Eredi**

Cosa devono  
inviare:



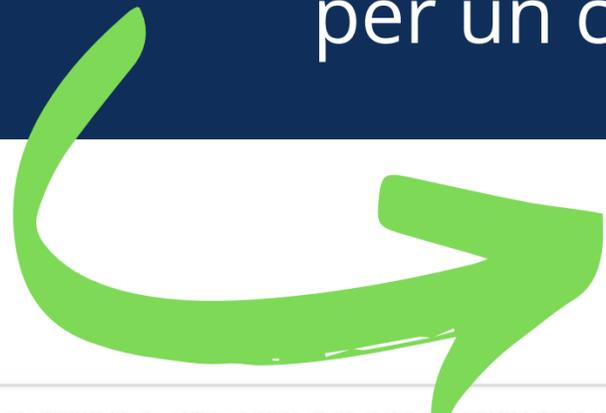
- Certificato di malattia
- Certificato di morte estratto dal registro nazionale
- Certificazione attestante la titolarità: atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto notorio
- Documento identità dell' avente diritto

**Sarà corrisposta un'indennità nella misura del  
massimale annuo pari a 20 GIORNATE.**



**N.B. In caso di più aventi diritto/eredi, bisognerà  
inviare delega in favore di uno di questi.**

Vi ricordiamo che nel Portale è disponibile il **MANUALE UTENTE**, dove troverete tutte le informazioni necessarie per un corretto utilizzo.



Scarica il manuale utente

Scarica il manuale per le Parti Istitutive

**L'E.B.N.C.I.** (Ente Bilaterale Nazionale Consorzi Irrigui) nasce in data 23 maggio 2023 da un Accordo tra lo SNEBI, la FLAI-CGIL, la FAI-CISL e la FILBI-UIL, come un'Associazione a carattere mutualistico che opera a favore dei dipendenti dei Consorzi di Bonifica e di miglioramento fondiario che applicano il CCNL di settore, sottoscritto dai predetti Sindacati. Il Fondo è rivolto a specifiche attività, individuate dalle Parti stipulanti, e aventi prevalentemente natura assistenziale.

### Consorzi



Accedi

Registrazione

### Dipendenti



Accedi

Registrazione

### Consulenti / Patronati



Accedi

Registrazione

### Parti Istitutive



Accedi

Registrazione



**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**

The logo for filbi is presented on a white square background. The word 'filbi' is written in a lowercase, sans-serif font, with 'fil' in green and 'bi' in blue.