



**ENTE BILATERALE AGRICOLO TERRITORIALE DELLE PROVINCE DI COMO E LECCO
(EBAT)**

PREMIO ANZIANITÀ PROFESSIONALE AZIENDALE

DICHIARAZIONE DI ININTERROTTA ATTIVITÀ PER ANZIANITÀ PROFESSIONALE AZIENDALE

La/il sottoscritta/o _____
 Luogo di nascita _____
 Data di nascita _____ Codice fiscale _____
 Indirizzo di residenza _____ n. _____
 Comune _____ Cap _____ prov. _____
 Tel _____ e-mail _____

IN QUALITÀ DI TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE LEGALE

dell'impresa _____
 codice fiscale _____ partita IVA _____

DICHIARA

che alla data odierna il/la dipendente _____ assunto/a il _____
 con qualifica di _____ presso la suindicata impresa, è **tutt'ora in forza**.

Si dichiara inoltre disponibile ad anticipare il trattamento in busta paga per conto dell'EBAT che provvederà al rimborso sul seguente IBAN _____

Il /la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità, che i dati e le informazioni contenute nella presente dichiarazione corrispondono al vero.

Data _____ Timbro e firma _____

N.B. Si precisa che l'EBAT potrà richiedere visura/copia del libro matricola e/o documentazione suppletiva.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

Il sottoscritto/a _____, acquisite le informazioni, ai sensi del Reg. UE n. 679/2016 e del D.Lgs 196/2003, sull'utilizzo dei dati personali,

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

Al trattamento dei dati personali per le esclusive finalità contenute nel modulo di adesione.

Data _____ Timbro e firma _____