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

**MODULO RICHIESTA BORSA DI STUDIO (maturità)**

Il/La sottoscritto/a _____ _____
cognome nome
dipendente dell'impresa _____
ragione sociale
_____ _____
codice fiscale impresa P. IVA

**DICHIARA**

☐ Di essere Operaio a Tempo determinato (OTD)

☐ Di essere Operaio a Tempo indeterminato (OTI)

☐ che in busta paga viene regolarmente ritenuta la quota di C.A.C. ed EBAT art. 18,19 del CIPL

**CHIEDE**

☐ per il proprio familiare_____ _____
cognome nome

l'erogazione della provvidenza così come previsto dal Regolamento dell'EBAT sul seguente IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

A tal fine si allega:

□ diploma di maturità o certificato sostitutivo
□ copia busta paga
□ copia documento: carta d'identità o passaporto
□ autocertificazione stato di famiglia

Data _____ Firma del lavoratore_____

---

**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 _____ Firma del lavoratore_____

Piazza Camerlata 9 - 22100 COMO C.F.: 95116620139
Tel. 031/3390015 Fax 031/592464 e-mail: info@ebatagricolturacomolecco.it