



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

MODULO RICHIESTA BORSA DI STUDIO (università)

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

CHIEDE

- per sé
- per il proprio familiare _____
cognome _____ nome _____

l'erogazione della provvidenza così come previsto dal Regolamento dell'EBAT sulle seguenti coordinate bancarie:

IBAN _____ Istituto di Credito _____

A tal fine si allega:

- diploma di maturità o certificato sostitutivo
- ricevuta di iscrizione all'Università
- 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 _____



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

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA**

(ai sensi dell'art. 46, lettera F, del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

nato/a a _____ il _____
(luogo di nascita) (data di nascita)

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000),

D I C H I A R A

che la propria famiglia residente in _____
(Comune di residenza)

via/piazza _____ n. _____

è così composta:

N.	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita
1	IL DICHIARANTE		
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del Reg. UE n. 679/2016 e del D.Lgs 196/2003.

data _____

Firma del/la dichiarante (*)

ALLEGATO carta d' identità del dichiarante