



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

MODULO RICHIESTA RIMBORSO ACQUISTO OCCHIALI DA VISTA

Il/La sottoscritto/a _____
cognome _____ nome _____

DICHIARO

di essere dipendente dell'impresa _____
ragione sociale _____
codice fiscale impresa _____ P. IVA _____

di avere acquistato per sé occhiali da vista nuovi durante l'anno
 di avere acquistato per il suo familiare (nome e cognome) _____
occhiali da vista nuovi durante l'anno

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

IBAN _____ Istituto di Credito _____

A tal fine si allega:

- fattura di acquisto
- prescrizione medica o tecnica
- 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 _____