



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

MODULO RICHIESTA RIMBORSO PULIZIA ODONTOIATRICA

Il/La sottoscritto/a _____
cognome _____ nome _____

DICHIARO

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

- di essere Operaio a Tempo determinato (OTD)
- di essere Operaio a Tempo indeterminato (OTI)
- che in busta paga viene regolarmente ritenuta la quota di CAC ed EBAT art. 18,19 del CIPL
- di avere effettuato un trattamento di pulizia odontoiatrica**

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
- copia busta paga
- copia documento: carta d'identità o passaporto

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 _____