



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 C.A.C. 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 sul seguente IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 _____ acquisisce 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 _____