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

MODULO RICHIESTA RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE

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 spese odontoiatriche

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_____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