

Tel. 031/3390015 Fax 031/592464 e-mail: info@ebatagricolturacomolecco.it Pec: ebat.comolecco@pec.it

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

Telefono/cellulare _____ mail _____

Ragione sociale (denominazione)

Con	sede	legale	in	Prov.
-----	------	--------	----	-------

Codice fiscale	P. IVA.
----------------	---------

Via _____ n.

Telefono mail

l'erogazione della provvidenza così come previsto dal Regolamento EBAT sul seguente IBAN :

[illegible]

BANCA

INTESTATARIO DEL CONTO

- ☐ copia delle ricevute/fatture complete di quietanza di pagamento attestanti le spese sostenute per l'iscrizione e la frequenza o dichiarazione di frequenza e di avvenuto pagamento rilasciata dal centro estivo
- ☐ autocertificazione stato di famiglia
- ☐ copia busta paga
- ☐ copia carta identità

Data _____

Firma del lavoratore _____

II 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