

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

MODULO RICHIESTA CONTRIBUTO PER FIGLI A CARICO CON DISABILITÀ

Residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

Telefono/cellulare _____ mail _____

IN QUALITÀ DI DIPENDENTE DELLA DITTA/SOCIETÀ

Ragione sociale (denominazione) _____

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

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

Via _____ n.

Telefono _____ mail _____

Consapevole, nel caso di dichiarazioni mendaci come previsto dall'articolo 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000, che sarà punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

☐ di avere un figlio disabile inoccupato

CHIEDE

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

[illegible]

BANCA

INTESTATARIO DEL CONTO

A tal fine si allega:

- ☐ autocertificazione stato di famiglia
- ☐ copia di idonea documentazione attestante lo stato di invalidità del figlio
- ☐ copia della attestazione ISEE del nucleo familiare del richiedente
- ☐ copia della carta d'identità personale e del codice fiscale del richiedente
- ☐ copia busta paga del richiedente

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