MODELLO DI RICHIESTA CONTRIBUTO

(Il modulo deve essere compilato in carattere stampatello in ogni sua parte)

DIPENDENTE

COGNOME																										
NOME																										
CODICE FISCALE																										
RESIDENTE A																			**CAP**							
VIA																	**N.**									
MAIL																	**TEL**									
DIPENDENTE DELLA DITTA																										
CON SEDE IN																			**CAP**							
VIA																										

CHIEDE UN CONTRIBUTO

All'Ente Bilaterale Nazionale Confederale – Corso Vittorio Emanuele II, 326 Roma in quanto non accede ad alcuna delle forme di Cassa integrazione o sostegno al reddito previste per legge:

Ai fini dell'erogazione del contributo, il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa "Codice in materia di protezione dei dati personali" presente sul sito www.ebiconf.it ed acconsente al trattamento dei propri dati personali sensibili nonché la memorizzazione degli stessi nel database dell'Ente.
Il mancato consenso al trattamento dei dati non permette la lavorazione dell'istanza e la relativa erogazione del contributo

_____ _____

(data) (firma)

****

Parte riservata alla Segreteria di E.BI.CONF.

N. prot.

Data presentazione Timbro e firma