



Spazio riservato EN.BIL.GEN.

PROT.
€

Direzione Generale

SOSTEGNO PER FIGLI DISABILI

(A) DATI ANAGRAFICI ISCRITTO

Cognome Nome
Nato/a a (.....) il C.F.
Indirizzo CAP Comune (.....)
CCNL Qualifica Livello
Tel Cellulare e-mail

(B) DATI ANAGRAFICI AZIENDA

Ragione Sociale
Partita IVA Codice Fiscale
Indirizzo CAP Comune (.....)
Tel FAX e-mail
Referente Aziendale Settore/Attività

(C) DATI ANAGRAFICI del FIGLIO/A

Cognome Nome
Nato/a a (.....) il C.F.

Documenti allegati:

- Documento di identità del richiedente (copia)
Documentazione di accertamento degli stati di invalidità
Certificato di Stato famiglia
Copia ultima busta paga

Data Firma

Desidero ricevere il versamento tramite bonifico bancario al c/c:

Banca Agenzia

CODICE IBAN (composto da 27 caratteri alfanumerici)

IBAN input boxes

Il/La sottoscritto/a preso atto dei diritti di cui all'art. 7 del decreto legislativo 196/03 (privacy), esprime il consenso previsto dall'art. 23 e 26 del citato decreto al trattamento dei dati che mi riguardano, da parte dell'Ente Bilaterale Generale - EN.BIL.GEN., per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, dell'Ente Bilaterale Generale - EN.BIL.GEN., nonché alla comunicazione dei miei dati personali nei limiti previsti dalla citata informativa e quando ciò sia funzionale all'esecuzione delle operazioni e dei servizi offerti.

- Desidero ricevere informazioni sui servizi e sulle attività di EN.BIL.GEN. [] SI [] NO

Firma

Questa scheda può essere spedita via Fax al n. 06.58343020 - via e-mail: direzionegenerale@enbilgen.it a mezzo Posta all'indirizzo: Ente Bilaterale Generale - EN.BIL.GEN. - Viale Beethoven, 63 - 00144 ROMA