EN.BIL.GEN.
Ente Bilaterale Generale

Spazio riservato EN.BIL.GEN.

PROT.

DEL

Richiesta di CONTRIBUTO MALATTIA dei figli

Direzione Generale

(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)
☐ Stato di famiglia o attestazione di paternità/maternità
☐ Copia ultima busta paga
☐ Certificato di malattia del figlio o del ricovero ospedaliero.
☐ Attestazione di assenza dal lavoro

Il/La sottoscritto/a, di cui al punto (A), appartenente all'Azienda di cui al punto (B), essendo a conoscenza del Regolamento dei servizi dell'Ente Bilaterale Generale - **EN.BIL.GEN.**, dichiara di essersi assentato dal lavoro per n. giorni _____ per assistere il proprio figlio ammalato come da certificato allegato, per ricovero ospedaliero.

Data …….. Firma ……..……..……..……

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

Banca ……..……..……..……..…….. Agenzia ……..……..……..……..……..

CODICE IBAN (composto da 27 caratteri alfanumerici)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*Il/La sottoscritto/a preso atto dei diritti di cui al D.Lgs 196/03 (privacy) e s.m.i. e D.Lgs 101/2018, esprime il consenso previsto dall'art. 23 e 26 del D.Lgs 196/03 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 oppure a mezzo Raccomandata A/R all'indirizzo: Ente Bilaterale Generale - **EN.BIL.GEN.** - Viale Beethoven, 63 - 00144 ROMA