



Spazio riservato EN.BIL.GEN.

PROT.

DEL

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)

Grid of 27 boxes for IBAN code

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 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 - via pec: infoenbilgen@pec.it a mezzo Raccomandata A/R all'indirizzo: Ente Bilaterale Generale - EN.BIL.GEN. - Viale Beethoven, 63 - 00144 ROMA