

Richiesta di
SOSTEGNO DISABILITA'
(A) DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Spazio riservato EN.BIL.GEN.

PROT. _____
DEL _____

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 (...)
 Telefono FAX e-mail
 Referente Aziendale Settore/Attività

Documenti allegati:

- Copia Documento di Identità valido e Codice Fiscale;
- Copia busta paga o visura camerale (per i soci);
- Fattura, ricevuta, bonifico o RID intestata al richiedente del rimborso;
- Documentazione di accertamento dello stato di invalidità;
- Stato di famiglia.

Il sottoscritto, 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., richiede:

- il "Sostegno Disabilità"

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 al trattamento dei dati che mi riguardano, all'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: info@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