



Spazio riservato EN.BIL.GEN.

PROT.
DEL

Direzione Generale

Richiesta di SUSSIDIO per LA PERDITA DEL POSTO DI LAVORO

(da presentare entro 3 mesi dall'avvenuto licenziamento)

(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

Documenti allegati:

- Documento di identità del Richiedente (copia);
Unilav di licenziamento;
Modello C2 rilasciato dal competente Centro per l'Impiego.

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., chiede un sussidio per la perdita del posto di Lavoro, secondo i parametri massimi di finanziamento indicati nel Regolamento del Bando.

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 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: 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