

Spazio riservato EN.BIL.GEN.

BANDO "TUA DIAGNOSI"

PROT.

DEL

(A) DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

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:

- ☐ Modulo di domanda regolarmente compilato e sottoscritto;
- ☐ Copia Carta di Identità in corso di validità e Codice Fiscale;
- ☐ Prospetto dei Dipendenti.

Il sottoscritto, di cui al punto (A), *ng* di Legale Rappresentante dell'Azienda di cui al punto (B), essendo a conoscenza del Regolamento dei servizi dell'Ente Bilaterale Generale - EN.BIL.GEN., chiede di partecipare al:

☐ Bando "Tua Diagnosi"

Data

Firma

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