



Sostegno disabilità

(a) DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____ C.F. _____
 Indirizzo _____ CAP _____ Comune _____ () _____
 Tel/Cell _____ e-mail _____ Qualifica _____

(b) DATI ANAGRAFICI AZIENDA

Ragione Sociale _____
 Partita IVA _____ Codice Fiscale _____
 Indirizzo _____ CAP _____ Comune _____ () _____
 Tel/Cell _____ e-mail _____

(c) DATI ANAGRAFICI del FIGLIO/A

Cognome _____ Nome _____
 Nato a _____ () il _____ C.F. _____

Documenti allegati:

- Documento di identità del richiedente (copia)
- Documentazione di accertamento degli stati di invalidità grave all'80%
- Certificato di Stato famiglia
- Copia ultima busta paga

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 Veneto FVG, dichiara per sè stesso o per il proprio figlio, di cui al punto (c), di possedere una disabilità grave pari o superiore all'80% e richiede un sussidio secondo i parametri massimi di finanziamento indicati dal regolamento dell'ente.

Data _____

Firma _____

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

Banca _____ Agenzia _____

CODICE IBAN (composto da 27 caratteri alfanumerici)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il sottoscritto, vista l'informativa di cui all'art.13,15,16,17,18,19,20,21,22 Reg Eu. 2016/679, scaricabile dal sito www.ebvenetofvg.it, esprime il consenso al trattamento dei miei dati personali da parti di Ente Bilaterale Veneto FVG (mail info@ebvenetofvg.it) per le finalità istituzionali, connesse o strumentali dell'ente in qualità del Titolare del Trattamento, 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.

Ha sempre diritto di proporre all'Autorità di Controllo <https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524> E' stato nominato il Data Protection Officer, che è contattabile al seguente indirizzo mail dpo@ebvenetofvg.it. Dichiaro inoltre quanto sotto riportato:

- Desidero ricevere via SMS notifica di pagamento SI - NO
- Desidero ricevere informazioni sui servizi e sulle attività dell'ente SI - NO

Firma _____