SUPPLEMENTO Covid-19

### (a) DATI ANAGRAFICI ISCRITTO

**Cognome Nome**

**Nato a ( )il C.F.**

**Indirizzo CAP Comune ( )**

**Cell. E-mail Qualifica**

###  (b) DATI ANAGRAFICI AZIENDA

**Ragione Sociale**

**Partita IVA Codice Fiscale**

**Indirizzo CAP Comune ( )**

**Tel e-mail**

In merito alla richiesta inviata il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il servizio di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Indicare la tipologia di servizio da integrare*

sono ad inviare la seguente documentazione integrativa come previsto dal Regolamento Covid per i soli lavoratori/aziende che siano stati sospesi/e dal lavoro con ammortizzatori sociali con causale Covid-19, nel periodo compreso tra il 23-2-2020 e il 31-12-2020:

* **PER IL LAVORATORE:** n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ buste paga che attestino la CIGD/FIS di una durata complessiva di \_\_\_\_\_ settimane
* **PER L’AZIENDA:** documentazione che attesti la CIGD/FIS di una durata complessiva di \_\_\_\_\_ settimane

Data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Banca Agenzia**

**CODICE IBAN (composto da 27 caratteri alfanumerici)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Il sottoscritto, ricevuta l’informativa di cui all’artt. 13,13,15,16,17,18,19,20, 21,22 Reg Eu. 2016/679 esprime il consenso F.V.G. e/o delle società o organizzazioni legate alla Confesercenti per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, dell’Ente Bilaterale Veneto F.V.G.,in qualità del Titolare del Trattament, mail******info@ebvenetofvg.it******,  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***](https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524E)***E' stato nominato il DPO contattabile al seguente indirzzo mail******dpo@ebvenetofvg.it***

*- Desidero ricevere informazioni sui servizi e sulle attività dell’EBVF ≤ SI ≤ NO*

*- Desidero ricevere via SMS notifica di pagamento ≤ SI ≤ NO*

*Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*