VERS. 01/20

ENTE BILATERALE EBVENETO F.V.G.

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**

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'artt.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 _____

Questa scheda può essere spedita via **fax** al n. **041-5893667-** via e-mail**: segreteria@ebvenetofvg.it** - a mezzo **Posta** all'indirizzo: **Ente Bilaterale Veneto F.V.G. – Via Castellana, 88/C – 30030 Martellago (VE)**