VERS. 01/17

Spazio riservato EBVF

Prot.

€

Sostegno disabilità

(a) DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Cognome		**Nome**	
Nato a	**( ) il**	**C.F.**	
Indirizzo	**CAP**	**Comune**	**( )**
CCNL	**Qualifica**	**Livello**	
Telefono	**cellulare***	**e-mail***	

(b) DATI ANAGRAFICI AZIENDA

Ragione Sociale			
Partita IVA		**Codice Fiscale**	
Indirizzo	**CAP**	**Comune**	**( )**
Telefono	**FAX**	**e-mail**	
Referente aziendale		**Settore/attività**	

(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**
- ❑ **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, ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 e preso atto dei diritti di cui all'art. 7 del decreto legislativo 196/03 (privacy), esprime il consenso previsto dall'art. 23 e 26 del citato decreto al trattamento dei dati che mi riguardano, da parte dell'Ente Bilaterale Veneto 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., 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 dell'EBVF ☐SI ☐NO

- Desidero ricevere via SMS notifica di pagamento ☐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. – Piazza XX Settembre, 23 – 30033 Noale (Ve)**