

Richiesta di contributo malattia dei figli-anziani

(a) DATI ANAGRAFICI ISCRITTO

Cognome		Nome		
Nato 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	()
Tel	FAX		e-mail	
Referente aziendale			Settore/attività	

(c) DATI ANAGRAFICI del FIGLIO/A- ANZIANI DI 1° GRADO

Cognome		Nome		
Nato a	()	il	C.F.	

Documenti allegati:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Documento di identità del richiedente (copia)
<input type="checkbox"/> Copia ultima busta paga
<input type="checkbox"/> Attestazione di assenza dal lavoro | <input type="checkbox"/> Stato di famiglia o attestazione di paternità/maternità
<input type="checkbox"/> Certificato di malattia del figlio o del ricovero ospedaliero |
|---|--|

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 di essersi assentato dal lavoro per n. giorni _____ per assistere il proprio figlio ammalato come da certificato allegato, o un parente anziano di 1° grado per ricovero ospedaliero.

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 _____