



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

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)																																						
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																						

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 Trattamento, 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 reclamo all'Autorità di Controllo <https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>. E' stato nominato il DPO contattabile al seguente indirizzo 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 _____