



PROT.

VERS. 01/15

€

## Buono di conciliazione vita-lavoro

### (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	Codice Fiscale
Partita IVA	Indirizzo
	CAP Comune ( )
Tel	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)
- Copia ultima busta paga
- Fattura o ricevuta della prestazione o dell'acquisto
- Stato di famiglia o attestazione di paternità/ maternità

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 aver sostenuto delle spese per il proprio familiare come da certificato allegato e richiede il contributo secondo i parametri indicati dal regolamento dell'ente.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

Banca	Agenzia																									
<b>CODICE IBAN (composto da 27 caratteri alfanumerici)</b>																										

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 e/o delle società o organizzazioni legate alla Confesercenti per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, dell'Ente Bilaterale Veneto, 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'EBV  SI  NO
- Desidero ricevere via SMS notifica di pagamento  SI  NO

Firma \_\_\_\_\_