VERS. 01/17

PROT.

€

Richiesta di RIMBORSO LIBRI DI TESTO

(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 STUDENTE

Cognome		**Nome**	
Nato a	**( )** **il**	**C.F.**	
Iscritto all'anno	**della Scuola**		

Documenti allegati:

☐ Documento di identità del richiedente (copia)
☐ Stato di famiglia o autocertificazione
☐ Copia ultima busta paga
☐ Elenco libri di testo della scuola/universitari
☐ Fattura o ricevuta di acquisto dei libri di testo della scuola/università
☐ Attestato di iscrizione a scuola/università

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 F.V.G., dichiara che il proprio figlio è regolarmente iscritto alla scuola/università indicata sopra e richiede il rimborso del costo dei libri di testo richiesti dalla scuola di cui allega relativa fattura, secondo i parametri massimi di finanziamento indicati dal regolamento dell'ente.

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'EBV ☐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)**