VERS. 01/19

E.Bi.P.I.C.

Spazio riservato EBIPIC

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 EBIPIC e/o delle società o organizzazioni legate alla Confimprese per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, dell'Ente Bilaterale EBIPIC 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'EBIPIC ☐ SI ☐ NO*

*- Desidero ricevere via SMS notifica di pagamento ☐ SI ☐ NO*

*Firma* _____

Questa scheda può essere spedita via e-mail**: info@ebipic.ot** - a mezzo **Posta** all'indirizzo: **Ente Bilaterale EBIPIC – Via Macedonia n.100 – 00179 Roma**