

Sede OO.SS. di Data Ricezione

Timbro e firma operatore

Domanda di INTEGRAZIONE AL REDDITO Accordo Regionale 28/11/2022 LAVORATORI DIPENDENTI

Il/la sottoscritto/a: nato/a il a

Prov (o Stato Estero): Cod. Fiscale:

Residente in Via/Piazza n° Comune Prov.

CAP e-mail: Tel.

Eventuale recapito se diverso da quello di residenza:

Cognome e Nome Comune

Via/Piazza n° CAP Prov

Dipendente presso l'impresa artigiana:

Cod. Fiscale: P.IVA: Mat. INPS:

con sede in: Prov. CAP

Via/Piazza: n° Tel:

e-mail:

CHIEDE

CONTRIBUTO Per Lavoratori Dipendenti per "Integrazione al Reddito"

Allegati: cedolini dei mesi di utilizzo FSBA, compresi del calendario presenze vidimato.

che il contributo venga erogato con bonifico bancario utilizzando il seguente

CODICE IBAN

(Campo obbligatorio)

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione di regole e condizioni inerenti alla fruizione della prestazione Integrazione al reddito dipendenti.
"Dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'EBAP, che prevede che il trattamento sia effettuato anche con strumenti elettronici, per finalità di erogazione del contributo e per le altre finalità statutarie dell'Ente."

.....
Luogo e Data

.....
firma del/della richiedente

SPAZIO RISERVATO ALL'IMPRESA PER DOMANDE PRESENTATE DA LAVORATORI DIPENDENTI

Il/la sottoscritto/a in qualità di legale rappresentate
dell'impresa

C.F.: P.IVA.: Mat. INPS:

dichiara che il richiedente è alle proprie dipendenze dal e di aver provveduto a
fornirgli l'informativa sul trattamento dei dati personali, comprensiva degli ambiti di comunicazione, in
occasione dell'instaurazione del rapporto di lavoro.

.....
Luogo e Data

.....
timbro e firma dell'impresa