



**Ente Bilaterale
del Turismo**

Delle province di Ascoli Piceno e Fermo

Modello 2020.odn.1 / Richiesta Contributo per

SPESE ODONTOIATRICHE

Riservato ai dipendenti aziende del settore Turismo

**Modulo da stampare, compilare e inviare all'EBT
tramite A/R o tramite PEC**

Spett.le

Ente Bilaterale del Turismo

Via D. Angelini 62/A

63100 – Ascoli Piceno

PEC: entebilateraleap@pec.it

Il/la sottoscritto/a nato/a a il

Domiciliato in via/piazza

Tel. Codice Fiscale

Dipendente dell'azienda

con sede legale in via/piazza.....

e unità lavorativa in via/piazza.....

nella sua qualità di lavoratore dipendente di azienda del settore turismo, con la presente

CHIEDE

per l'anno 202... il contributo per spese odontoiatriche per il figlio:

Nome: codice fiscale

nato/a il..... a

Il/la sottoscritto/a dichiara espressamente di accettare tutte le condizioni previste nel Regolamento del bando 2018 dell'Ente Bilaterale del Turismo delle Province di Ascoli Piceno e Fermo e nel contempo prende atto di avere diritto ad **una sola prestazione annua**, oltre a quelle eventuale relative al buono libri, a corsi di formazione e al contributo figli diversamente abili.

Il/la sottoscritto/a autorizza altresì il trattamento, anche su supporti informatici, dei propri dati personali secondo il regolamento UE 2016/679 (GDPR), per quanto necessario al presente bando e alle finalità dell'ente, dichiarando di aver ricevuto adeguata informazione al riguardo.

Città data

Firma

Si allegano alla presente richiesta (documenti obbligatori):

- *Copia della fattura intestata al beneficiario del contributo, attestante la spesa.*
- *Copia delle ultime 3 buste paga*
- *Stato di famiglia e/o autocertificazione*
- *Copia dei versamenti all'EBT (F24 o bonifico bancario) attestante la regolarità contributiva e/o dichiarazione sostitutiva dell'azienda attestante la regolarità.*

COORDINATE BANCARIE PER L'ACCREDITO DEL CONTRIBUTO:

C/corrente numero intestato a

IBAN firma intestatario

