

Modulo da stampare, compilare e inviare all'ENBITER
tramite Mail o A/R o PEC

Spett.le
Ente Bilaterale del Terziario
Via D. Angelini 62/A
63100 – Ascoli Piceno
PEC: entebilateraleap@pec.it
Mail: segreteria@entebilaterale-ap.it

Il/la sottoscritto/a nato/a a

il Domiciliato in

via/piazza.....Tel.....

E-mail (**IN STAMPATELLO**).....

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 terziario, con la presente

CHIEDE

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

Nome: codice fiscale.....nato/a
il..... a

Il/la sottoscritto/a dichiara espressamente di accettare tutte le condizioni previste nel Regolamento del bando 2024 dell'Ente Bilaterale del Terziario della Provincia di Ascoli Piceno e nel contempo prende atto di avere diritto ad **una sola prestazione annua**, oltre a quelle eventuale relative al buono libri, sostegno al reddito 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*
- *Stati di famiglia e/o autocertificazione*
- *Copia delle ultime 3 buste paga*
- *Copia dei versamenti all'ENBITER (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