

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

Spett.le

Ente Bilaterale del Terziario

Via D. Angelini 62/A

63100 – Ascoli Piceno

PEC: entebilateraleap@pec.it

Email: segreteria@entebilaterale-ap.it

Il/la sottoscritto/a nato/a a

il Domiciliato in

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

E-mail codice Fiscale.....

Dipendente dell'aziendacon 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 assistenza al figlio diversamente abile per il seguente figlio/a

Nome: nato/a il a

Il/la sottoscritto/a dichiara espressamente di accettare tutte le condizioni previste nel Regolamento del bando 2025 dell'Ente Bilaterale del Terziario della Provincia di Ascoli Piceno e nel contempo prende atto di avere diritto ad **una sola prestazione annua**.

Il/la sottoscritto/a autorizza altresì il trattamento, anche su supporti informatici, dei propri dati personali 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):

- *Certificazione medica attestante la disabilità del figlio, rilasciata dalla competente commissione provinciale;*
- *Stato di famiglia e/o estratto di nascita 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[illegible]

Firma intestatario