ENTE PARITETICO CIFA CONFSAL

RICHIESTA PRESTAZIONI

Spett.le **EPAR**
Ente Paritetico CIFA-CONF.S.A.L.
Sede operativa: Via Ludovisi,36 -00187 Roma
Mail: prestazioni@epar.it

Sez. A (Anagrafica lavoratore)

Nome _____

Cognome _____

Cod. Fiscale _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| *(allegare fotocopia)*

Tipologia Doc. _____ rilasciato da _____ il _____

validità _____ *(allegare fotocopia)*

RESIDENZA

Via/P.zza _____ N. _____ CAP_____

Comune _____ Prov. _____

TEL. _____ e-mail* _____

Cell. *_____

****campi obbligatori***

dipendente presso l'azienda _____ dal _____
CCNL_____
matricola INPS*_____
con sede in _____ via_____
(si veda busta paga)

DICHIARA

- Di essere aderente ad EPAR.
- Prestazione richiesta non è stato oggetto di welfare aziendale.
- Di non aver presentato domanda e di non aver beneficiato di altri rimborsi o sussidi pubblici, né di altre agevolazioni erogate da enti pubblici o privati, per le medesime voci di spesa oggetto della presente richiesta.

ENTE PARITETICO CIFA CONFSAL

CHIEDE

il riconoscimento della seguente prestazione erogata dall'ente: *(indicare la tipologia di prestazione)**

_____

Tale sussidio sarà erogato a mezzo bonifico bancario sul conto corrente intestato a _____

IBAN __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| .

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a _____ ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali, ai sensi ex art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Consento altresì all'invio dei miei dati personali ai soggetti indicati nella scheda informativa di cui sopra per le finalità nella stessa scheda indicate.

_____
(Firma)

_____, lì _____
(Luogo e data)