MODELLO DI RICHIESTA CONTRIBUTO

(Il modulo deve essere compilato in carattere stampatello in ogni sua parte)

DIPENDENTE

COGNOME																										
NOME																										
CODICE FISCALE																										
RESIDENTE A																		**CAP**								
VIA																**N.**										
MAIL																**TEL**										
DIPENDENTE DELLA DITTA																										
CON SEDE IN																		**CAP**								
VIA																										

CHIEDE UN CONTRIBUTO

All'Ente Bilaterale EBINFORMA, Via Pietro Cavallini, 24 – 00193 Roma, come sotto indicato:

(barrare il codice di interesse)

□cod. rif. A1 □ cod. rif. A2 □ cod. rif. A3 □cod. rif. A4

Ai fini dell'erogazione del contributo, il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa GDPR 25 maggio 2018 ed acconsente al trattamento dei propri dati personali sensibili nonché la memorizzazione degli stessi nel database dell'Ente.
Il mancato consenso al trattamento dei dati non permette la lavorazione del sussidio e pertanto la relativa erogazione

_____ _____

(data) (firma)

****

Parte riservata alla Segreteria di EBINFORMA

N. prot.

Data presentazione Timbro e firma