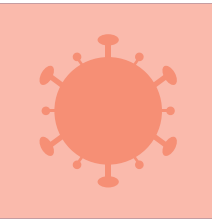







**RISERVATO SPORTELLO**

09/04/2021

|                    |                  |   |  |   |   |
|--------------------|------------------|---|--|---|---|
| Prot. Domanda      | Data Domanda     |  |  | La domanda di contributo <b>va consegnata</b> agli Sportelli Ebav presso le OO.AA.<br>   |  |
| Sportello Gestione | Creazione Modulo |   |  |   |   |

Contributo erogato previa verifica di:  
• Requisiti previsti in Scheda Servizio  
• Regolarità contributiva richiedente  
• Disponibilità Risorse/Fondi dedicati al Servizio

**RICHIESTA DI CONTRIBUTO - DATI ANAGRAFICI AZIENDA**

Richiesta di contributo del sottoscritto:

|   |                                 |  |  |               |                    |
|---|---------------------------------|--|--|---------------|--------------------|
| Cognome   | Nome                            | <input type="checkbox"/> titolare                            | <input type="checkbox"/> legale rap.te   | dell'azienda: |                    |
| Codice Fiscale/Partita Iva                            | Ragione Sociale                 |  |  |               | Telefono Aziendale |
| Indirizzo   | C.A.P.                          | Comune   | Provincia                                |               |                    |
| Contratto Artigiano                                   | Matricola INPS                  |  |  |               |                    |
| Contatti tramite cui ricevere notifiche/informazioni: |                                 | Contatti tramite cui ricevere documentazione/certificazioni: |  |               |                    |
| <input type="checkbox"/> sms                          | <input type="checkbox"/> e-mail | <input type="checkbox"/> PEC                                 | <input type="checkbox"/> Posta ordinaria |               |                    |

**COORDINATE BANCARIE AZIENDA RICHIEDENTE PER ACCREDITO SU C/C**

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Codice IBAN          |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Codice Nazione       | CIN Internazionale   | CIN                  | ABI                  | CAB                  | Conto Corrente       |

**DICHIARAZIONI PER SPESE/EVENTI ANNO** 

- A) Azienda con soggetti posti in isolamento fiduciario con provvedimento dell'ASL**  
 numero soggetti ≤ 5     numero soggetti > 5    Data provvedimento \_\_\_\_\_
- B) Azienda il cui lavoratore è soggetto a quarantena post missione**  
 numero soggetti ≤ 5     numero soggetti > 5    Data ingresso in quarantena \_\_\_\_\_
- C) Accertamenti sanitari sui lavoratori "fragili"**  
numero dipendenti \_\_\_\_\_    Dat fattura \_\_\_\_\_
- D) Acquisto materiale non sanitario per adempiere a prescrizioni**  
Importo spesa (al netto di IVA) \_\_\_\_\_    Data ultima fattura \_\_\_\_\_
- E) Assenza dall'attività aziendale per provvedimento dell'ASL**  
numero giorni di assenza \_\_\_\_\_    Data provvedimento \_\_\_\_\_

Spuntare una sola tipologia per domanda

**DOCUMENTI OBBLIGATORI PER L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO**

- A)** Copia del provvedimento dell'ASL    **D)** Copia delle fatture quietanzate  
**B)** Documentazione attestante evento    **E)** Copia del provvedimento dell'ASL o documento equivalente  
**C)**  
• Elenco lavoratori dipendenti  
• Copia delle fatture quietanzate



Gradimento EBAV

DATA: \_\_\_\_\_ FIRMA TITOLARE E/O RAPPRESENTANTE LEGALE : \_\_\_\_\_