SERVIZI EBAV

ISCRIZIONE SANI IN AZIENDA

v. 2.1 del 18/01/21 Modulo A70

RISERVATO SPORTELLO

10/05/2021

Prot. Domanda | Data Domanda

Sportello Gestione | Creazione Modulo

La domanda di contributo **va consegnata** agli Sportelli Ebav presso le OO.AA.

CNA

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

RICHIESTA DI CONTRIBUTO - DATI ANAGRAFICI TITOLARE

Richiesta di contributo del sottoscritto: dell'azienda

Codice Fiscale | Cognome | Nome | titolare | socio

Indirizzo | C.A.P. | Comune | Provincia

AZIENDA: Ragione Sociale | Codice Fiscale/Partita Iva

Contratto Artigiano

Contatti tramite cui ricevere notifiche/informazioni:

sms | e-mail

Contatti tramite cui ricevere documentazione/certificazioni:

PEC | Posta ordinaria

COORDINATE BANCARIE PERSONALI DEL TITOLARE PER ACCREDITO SU C/C

Codice IBAN

Codice Nazione	CIN Internazionale	CIN	ABI	CAB	Conto Corrente

DICHIARAZIONI PER SPESE/EVENTI ANNO

Familiare iscritto alla tutela SANI IN FAMIGLIA: ☐ Prima iscrizione ☐ Terza iscrizione

Cognome | Nome | Codice Fiscale | Data Pagamento per Iscrizione

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

il sottoscritto_____C.I. n°_____valida fino al _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,

DICHIARA che la propria famiglia è così composta:

Nome Cognome	Codice Fiscale	Relazione di parentela
1		CONIUGE / CONVIVENTE MORE UXORIO
2		FIGLIO 1
3		FIGLIO 2
4		FIGLIO 3
5		...
6		...
7		...
8		...
9		...

Gradimento EBAV

Letta e compresa INFORMATIVA PRIVACY

DATA : _____ FIRMA DEL RICHIEDENTE SERVIZIO:_____