SERVIZI EBAV

ULTERIORE SOSTEGNO APPLICAZIONE PROTOCOLLI SICUREZZA EMERGENZA COVID-19

v. 1.0 del 06/10/20 Modulo A34

RISERVATO SPORTELLO

14/10/2021

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 AZIENDA

Richiesta di contributo del sottoscritto:

Cognome | Nome | ☐ titolare ☐ 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:

☐ sms ☐ e-mail

Contatti tramite cui ricevere documentazione/certificazioni:

☐ PEC ☐ Posta ordinaria

COORDINATE BANCARIE AZIENDA RICHIEDENTE PER ACCREDITO SU C/C

Codice IBAN

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 quarentena _____

☐ **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

B) Documentazione attestante evento

C)
- Elenco lavoratori dipendenti
- Copia delle fatture quietanzate

D) Copia delle fatture quietanzate

E) Copia del provvedimento dell'ASL o documento equivalente

Gradimento EBAV

DATA: _____ FIRMA TITOLARE E/O RAPPRESENTANTE LEGALE : _____