

RISERVATO SPORTELLO

02/02/2022

Prot. Domanda	Data Domanda			La domanda di contributo <b>va consegnata</b> agli Sportelli Ebav presso le OO.AA.	
Sportello Gestione	Creazione Modulo				
		Contributo erogato previa verifica di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Requisiti previsti in Scheda Servizio</li> <li>• Regolarità contributiva richiedente</li> <li>• Disponibilità Risorse/Fondi dedicati al Servizio</li> </ul>			

RICHIEDITA 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 \_\_\_\_\_

L'azienda ha sostenuto, per visite mediche obbligatorie, la spesa complessiva (al netto di IVA) di € \_\_\_\_\_ per i dipendenti (vedi pag 2)

DOCUMENTI OBBLIGATORI PER L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

- Copie fatture
- Elenco dipendenti sottoposti a visita (pag. 2)



Gradimento EBAV

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

## Modello A10 ACCERTAMENTI SANITARI

### ELENCO DEI DIPENDENTI SOTTOPOSTI A VISITA MEDICA OBBLIGATORIA

Dipendente Cognome/Nome	Codice Fiscale	Data Fattura
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		