





**RISERVATO SPORTELLO**

19/02/2024

<p>Prot. Domanda _____ Data Domanda _____</p> <p>Sportello Gestione _____ Creazione Modulo _____</p>		<p>La domanda di contributo <b>va consegnata</b> agli Sportelli Ebad presso le OO.AA.</p> <p>  </p> <p>Contributo erogato previa verifica di:</p> <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>
--	---	---

**RICHIESTA DI CONTRIBUTO - DATI ANAGRAFICI AZIENDA**

Richiesta di contributo del sottoscritto: \_\_\_\_\_ dell'azienda:

Cognome _____	Nome _____	titolare <input type="checkbox"/>	legale rap.te <input type="checkbox"/>
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: \_\_\_\_\_

sms   
  e-mail   
  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**


Dichiaro che il dipendente \_\_\_\_\_

Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale _____
---------------	------------	----------------------

è stato iscritto al fondo di previdenza complementare negoziale in data \_\_\_\_\_ con destinazione TFR  SI  NO

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

- Copia modulo di adesione al Fondo da parte del lavoratore



Gradimento EBAV

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