

Spett.le
**Ente Bilaterale Regionale Lombardo
per le aziende del Terziario:
Commercio, Turismo e Servizi**
Sede di Bergamo
Via Guido Galli, n. 8
24126 – BERGAMO

RICHIESTA DI CONTRIBUTO A SOSTEGNO DELLA NATALITA'

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ C.F. _____ Tel. _____ e.mail _____
Residente in _____ via _____
Dipendente dell'impresa _____
con sede in _____ via _____
p.iva _____ tel. _____
esercente l'attività di _____ CCNL _____
con sede a _____ via _____
C.A.P. _____ Tel. _____ e.mail _____

DICHIARA

- di essere iscritto ad Enbil da almeno 6 mesi;
- di non aver già beneficiato del contributo in oggetto nel corso dell'anno solare;
- che l'altro genitore, sig./sig.ra _____ nato a _____ il _____ non ha già beneficiato del contributo in oggetto.

CHIEDE

Il pagamento del contributo a sostegno della natalità.

A tale scopo si allega la seguente documentazione:

- Certificato di nascita;
- Ordinanza del Tribunale di adozione;
- Copia delle buste paga degli ultimi 6 mesi.

L'accredito del contributo avverrà tramite bonifico bancario sulla Banca _____ Agenzia
di _____ c/c n. _____ intestato a _____
IBAN _____

Ai fini dell'erogazione del contributo, la sottoscrizione del presente modulo costituisce dichiarazione di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, nonché consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati nel rispetto dei diritti di cui all'art. 7 della medesima legge.

Firma

Domanda pervenuta in data

L'Ente Bilaterale, verificata la regolarità dei presupposti, liquida al lavoratore/trice l'importo di €

Data _____

Numero protocollo _____

Firma per autorizzazione
