Modello 2025.odd.1 / Richiesta Contributo per

SPESE ODONTOIATRICHE

Riservato ai dipendenti aziende del settore terziario

Modulo da stampare, compilare e inviare all'ENBITER tramite A/R tramite PEC o tramite e-mail

Spett.le
Ente Bilaterale del Terziario
Via D. Angelini 62/A
63100 – Ascoli Piceno
PEC: **entebilateraleap@pec.it**
Email**: segreteria@entebilaterale-ap.it**

Il/la sottoscritto/a …… nato/a a ……

il …….. Domiciliato in ……

via/piazza……Tel……

E-mail……codice Fiscale……

Dipendente dell'azienda ……con sede legale in

……via/piazza……e unità

lavorativa in …… via/piazza……

nella sua qualità di lavoratore dipendente di azienda del settore terziario, con la presente

CHIEDE

per l'anno 202… il contributo per <u>spese odontoiatriche per il proprio figlio/a:</u>

Nome: …… codice fiscale ……

nato/a il…… a ……

Il/la sottoscritto/a dichiara espressamente di accettare tutte le condizioni previste nel Regolamento del bando 2025 dell'Ente Bilaterale del Terziario della Provincia di Ascoli Piceno e nel contempo prende atto di avere diritto ad **una sola prestazione annua.**

Il/la sottoscritto/a autorizza altresì il trattamento, anche su supporti informatici, dei propri dati personali secondo il regolamento UE 2016/679 (GDPR),per quanto necessario al presente bando e alle finalità dell'ente, dichiarando di aver ricevuto adeguata informazione al riguardo.

Città …… data …… **Firma** ……

La domanda deve essere presentata entro 90 giorni dalla data di pagamento

Si allegano alla presente richiesta (documenti obbligatori):

- *Copia della prescrizione medica intestata al beneficiario del contributo;*
- *Copia dello scontrino fiscale o fattura intestata al figlio/a beneficiario del contributo, attestante la spesa;*
- *Stato di famiglia e/o autocertificazione;*
- *Copia delle ultime 3 buste paga;*
- *Copia dei versamenti all'ENBITER (F24 o bonifico bancario) attestante la regolarità contributiva e/o dichiarazione sostituiva dell'azienda attestante la regolarità.*

COORDINATE BANCARIE PER L'ACCREDITO DEL CONTRIBUTO:

C/corrente numero …… intestato a ……

IBAN

Firma intestatario ……

Ente Bilaterale del Terziario
Provincia di Ascoli Piceno
Via Dino Angelini n. 62/A – 63100 Ascoli Piceno

Web: www.entebilaterale-ap.it/enbiter
Email: segreteria@entebilaterale-ap.it
Cell. 392/2418927