Modello 2025.dis.1 / Richiesta Contributo per

FIGLI DIVERSAMENTE ABILI

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>assistenza al figlio diversamente abile</u> per il seguente figlio/a

Nome: ……..…….. 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 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** ……

Si allegano alla presente richiesta (documenti obbligatori):

- *Certificazione medica attestante la disabilità del figlio, rilasciata dalla competente commissione provinciale;*
- *Stato di famiglia e/o estratto di nascita 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 ……