

RISERVATO SPORTELLO

25/06/2023

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

RICHIESTA DI CONTRIBUTO - DATI ANAGRAFICI AZIENDA

Richiesta di contributo del sottoscritto:

Cognome	Nome	<input type="checkbox"/> titolare <input type="checkbox"/> 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:		Contatti tramite cui ricevere documentazione/certificazioni:			
<input type="checkbox"/> sms	<input type="checkbox"/> e-mail	<input type="checkbox"/> PEC	<input type="checkbox"/> 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



Gradimento EBAV

DATA: _____ FIRMA TITOLARE E/O RAPPRESENTANTE LEGALE : _____