

**RISERVATO SPORTELLO**

21/05/2024

|                    |                  |  |  |                                                                                        |                                                                                                                                                                                      |
|--------------------|------------------|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prot. Domanda      | Data Domanda     |  |  | La domanda di contributo <b>va consegnata</b> agli Sportelli Ebav presso le OO.AA.<br> | <br>Contributo erogato previa verifica di:<br>• Requisiti previsti in Scheda Servizio<br>• Regolarità contributiva richiedente<br>• Disponibilità Risorse/Fondi dedicati al Servizio |
| Sportello Gestione | Creazione Modulo |  |  |                                                                                        |                                                                                                                                                                                      |

**RICHIESTA DI CONTRIBUTO - DATI ANAGRAFICI AZIENDA**

Richiesta di contributo del sottoscritto:

|                                                       |                                 |                                                              |                                          |               |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------|
| Cognome                                               | Nome                            | titolare 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

|                |                    |     |     |     |                |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--------------------|-----|-----|-----|----------------|--|--|--|--|--|--|
| [IBAN Field]   |                    |     |     |     |                |  |  |  |  |  |  |
| Codice Nazione | CIN Internazionale | CIN | ABI | CAB | Conto Corrente |  |  |  |  |  |  |

**DICHIARAZIONI PER SPESE/EVENTI ANNO** [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**V1 Valutazione RISCHIO BIOLOGICO**

**V2 Valutazione RISCHIO LEGIONELLOSI**

Importo spesa (al netto di IVA) \_\_\_\_\_ Data ultima fattura \_\_\_\_\_

**DICHIARO:** di non richiedere e/o ricevere, per interventi/spese sulla sicurezza, contributi Ebav-Cobis per le stesse prestazioni di cui ai punti V1 e V2 previsti da eventuali/future convenzioni con Inail/Regione/Spisal o altri enti pubblici

Spuntare una sola tipologia per domanda

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

- Copia fatture

Gradimento EBAV

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