SERVIZI EBAV

ASSUNZIONE DISABILI

v. 3.5 del 04/11/19 Modulo A65

RISERVATO SPORTELLO

01/02/2024

Prot. Domanda | Data Domanda

Sportello Gestione | Creazione Modulo

La domanda di contributo **va consegnata** agli Sportelli Ebav presso le OO.AA.

CNA

Contributo erogato previa verifica di:
- 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 | ☐ 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:

☐ sms ☐ e-mail

Contatti tramite cui ricevere documentazione/certificazioni:

☐ PEC ☐ 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 di aver assunto e confermato dopo il periodo di prova, personale dipendente con disabilità superiore al 79% (confermata da documentazione medica in nostro possesso), e di non beneficiare per gli stessi di nessun altro tipo di agevolazione contributiva.

Cognome | Nome | Codice Fiscale

Data assunzione | Forma rapporto/Contratto | % Part-Time

Gradimento EBAV

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