

SUSSIDIO ABBONAMENTI E SPESE DI TRASPORTO DEI DIPENDENTI

Il/la sottoscritto/aC.F.

Nato a Prov. il

Residente in Prov.

CAP in via

Tel. Fax e-mail

in qualità di dipendente a tempo indeterminato a tempo determinato apprendista full-time part-time

Dell'impresa artigiana non artigiana

Sita in Cap Prov. Tel.

Matricola INPS..... n° dip

CCNL applicato.....CSC.....

Forma giuridica:

<input type="checkbox"/> Ditta individuale	<input type="checkbox"/> S.D.F.	<input type="checkbox"/> S.N.C.	<input type="checkbox"/> S.R.L.	<input type="checkbox"/> S.A.S.	<input type="checkbox"/> Altro
--	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

(Compilare in caso di assistenza da parte di professionista/Associazione Artigiana/ Organizzazione Sindacale)

assistito da nella qualità di

Professionista Associazione Artigiana Organizzazione Sindacale

con sede in Prov

via n. CAP

tel fax..... E - mail.....

timbro del soggetto che fornisce assistenza →

(solo in caso di Associazione artigiana o Organizzazione Sindacale)

CHIEDE

l'erogazione del **SUSSIDIO ABBONAMENTI E SPESE DI TRASPORTO DEI DIPENDENTI PER RAGIONI DI LAVORO.**

A tal fine documenta una spesa complessiva di €..... per:

- l'acquisto di abbonamenti al trasporto pubblico **almeno mensili**;
- l'abbonamento a parcheggi o sistemi di parcheggio, silos, park&ride **almeno mensili**.

MOD_DIP 04

inviare a prestazioni@ebapuglia.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEGLI ADERENTI AL SISTEMA DELLA BILATERALITÀ/BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI Ai sensi del Reg. UE 2016/679 e del Codice della privacy come mod. dal d.lgs. 101/2018

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
residente in _____ alla via _____ n. _____,
C.F. _____

dichiara di aver letto e compreso l'informativa resa disponibile dal Titolare sul sito www.ebapuglia.it e di prestare espressamente, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali da parte dell'EBAP PUGLIA (Titolare del trattamento) per le seguenti finalità:

CONSENSO ALLA RACCOLTA DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONE REGIONALE. Tale consenso è indispensabile per l'accoglimento della domanda e il perseguimento degli scopi istituzionali dell'associazione. SI NO

CONSENSO PER L'EROGAZIONE DI ASSISTENZA/SUPPORTO. La prestazione del consenso per le seguenti finalità è facoltativo e non è indispensabile per rendere assistenza/supporto. SI NO

CONSENSO PER L'INVIO DI COMUNICAZIONI SULLE PRESTAZIONI/SERVIZI DELL'EBAP PUGLIA E DEI SOGGETTI COLLEGATI AL SISTEMA DELLA BILATERALITÀ. La prestazione del consenso per le seguenti finalità è facoltativo e non è indispensabile per l'accoglimento della domanda di prestazione. SI NO

.....li

(FIRMA)

.....