

**PREMIO ANZIANITA' PER I DIPENDENTI DI IMPRESE PUGLIESI**

Il/la sottoscritto/a ..... titolare/legale rappresentante dell'impresa .....  artigiana  non artigiana

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
--	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

COD.EBAP (se conosciuto) ..... con sede in ..... Prov .....  
 via ..... n. .... CAP .....  
 tel ..... fax..... E - mail.....  
 C.F..... P.IVA.....  
 Matricola INPS..... n° dip .....

Azienda esercente attività di autotrasporto

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

assistita 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 delle provvidenze previste da EBAP per **premio di anzianità ultraquinquennale per i dipendenti sotto indicati, accreditando** la prestazione sui relativi c/c come da dettaglio.

**ATTENZIONE: si prega inserire unicamente IBAN riferiti a conti correnti o carte prepagate.**

MOD\_DIP 05

inviare a [prestazioni@ebapuglia.it](mailto:prestazioni@ebapuglia.it)

**DATI DEI DIPENDENTI**

Prima istanza           Istanza successiva n° .....

COGNOME E NOME .....

NATO/A ..... IL .....

RESIDENTE IN ..... PROV.....CAP.....

VIA ..... N° .....

C.F.....DATA DI ASSUNZIONE.....QUALIFICA .....

N. TEL ..... E-MAIL.....

**IBAN** Coordinate Bancarie Internazionali (27 caratteri alfanumerici).

Paese	Cin	CIN	ABI					CAB				Conto corrente																

Prima istanza           Istanza successiva n° .....

COGNOME E NOME .....

NATO/A ..... IL .....

RESIDENTE IN ..... PROV.....CAP.....

VIA ..... N° .....

C.F.....DATA DI ASSUNZIONE.....QUALIFICA .....

N. TEL ..... E-MAIL.....

**IBAN** Coordinate Bancarie Internazionali (27 caratteri alfanumerici).

Paese	Cin	CIN	ABI					CAB				Conto corrente																

Prima istanza           Istanza successiva n° .....

COGNOME E NOME .....

NATO/A ..... IL .....

RESIDENTE IN ..... PROV.....CAP.....

VIA ..... N° .....

C.F.....DATA DI ASSUNZIONE.....QUALIFICA .....

N. TEL ..... E-MAIL.....

**IBAN** Coordinate Bancarie Internazionali (27 caratteri alfanumerici).

Paese	Cin	CIN	ABI					CAB				Conto corrente																

MOD\_DIP 05

inviare a [prestazioni@ebapuglia.it](mailto:prestazioni@ebapuglia.it)

**Allegati :**

- copia ultima busta paga recante la data di assunzione o dichiarazione rilasciata dal datore di lavoro;
- qualora, ai fini della dimostrazione dell'anzianità contributiva, il lavoratore intenda dimostrare pregressi periodi di lavoro maturati alle dipendenze di diversa impresa del settore artigiano: relativo estratto previdenziale o altro documento (es. certificato storico di lavoro) che li comprovino, completo dell'indicazione delle relative matricole INPS delle precedenti aziende;
- nel caso in cui vi sia stata richiesta per annualità precedenti per il medesimo lavoratore, copia della richiesta precedente;
- copia dei documenti di identità del datore di lavoro e del lavoratore/i per cui è formulata richiesta.

**Il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o comunque non rispondenti al vero, che i documenti prodotti in allegato sono conformi agli originali.**

**N.B.:** Prima della compilazione consultare il Regolamento della suddetta prestazione sul sito [www.ebapuglia.it](http://www.ebapuglia.it), che il richiedente dichiara di accettare.

L'EBAP si riserva di verificare il possesso dei requisiti di ammissione presentati dai richiedenti, adottando i provvedimenti del caso nell'ipotesi di dichiarazioni mendaci.

Qualora la documentazione risulti mancante o incompleta, l'istanza sarà archiviata d'ufficio senza ulteriori comunicazioni ove l'azienda non provveda ad integrarla entro 30 gg dall'invio di apposita richiesta da parte dell'EBAP.

Il regolamento e tutta la relativa modulistica sono consultabili sul sito [www.ebapuglia.it](http://www.ebapuglia.it)

.....il .....

(TIMBRO AZIENDALE E FIRMA)

.....

MOD\_DIP 05

inviare a [prestazioni@ebapuglia.it](mailto: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 (una dichiarazione per ciascun soggetto datore di lavoro e dipendenti).

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](http://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)

.....