

**CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DEI TESTI SCOLASTICI  
PER I FIGLI DEI DIPENDENTI DI IMPRESE PUGLIESI FREQUENTANTI LA SCUOLA SECONDARIA**

Il/la sottoscritto/a .....C.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.....

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 delle provvidenze previste da EBAP per

**ACQUISTO DEI VOLUMI SCOLASTICI PER FIGLI I DIPENDENTI DI IMPRESE PUGLIESI FREQUENTANTI LA SCUOLA  
SECONDARIA**

per una spesa complessiva regolarmente documentata pari a: € .....



MOD\_DIP 11

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

**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;**
- che, alla data di presentazione della domanda, nessun altro soggetto avente diritto (es. altro genitore) ha prodotto istanza di accesso alla medesima prestazione per lo stesso anno scolastico per il medesimo minore.**

**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)

.....li .....

(FIRMA)

.....

**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](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)

.....



**EBAP PUGLIA - Ente Bilaterale Artigianato Pugliese**

Via Re David n.12 - 70125 BARI

TEL. 080.524.8440/080.524.2122 - FAX 080.5720470

E-MAIL [ebapuglia@ebapuglia.it](mailto:ebapuglia@ebapuglia.it) PEC [ebapuglia@pec.it](mailto:ebapuglia@pec.it) WEB [www.ebapuglia.it](http://www.ebapuglia.it)

MOD\_DIP 11

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ex art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

**(da compilare solo in alternativa rispetto all'allegazione del certificato stato di famiglia)**

Il sottoscritto.....C.F. ....

Nato a ..... Prov. .... il .....

Residente in ..... Prov. ....

CAP ..... in via .....

Tel. .... Fax ..... e-mail .....

consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA CHE**

la propria famiglia è così composta:

<p><b>1.</b> ..... nato a..... (cognome e nome del familiare) il..... stato .....</p>
<p><b>2.</b> ..... nato a..... (cognome e nome del familiare) il..... stato .....</p>
<p><b>3.</b> ..... nato a..... (cognome e nome del familiare) il..... stato .....</p>
<p><b>4.</b> ..... nato a..... (cognome e nome del familiare) il..... stato .....</p>

Luogo e data

In fede



**EBAP PUGLIA - Ente Bilaterale Artigianato Pugliese**

Via Re David n.12 - 70125 BARI

TEL. 080.524.8440/080.524.2122 - FAX 080.5720470

E-MAIL [ebapuglia@ebapuglia.it](mailto:ebapuglia@ebapuglia.it) PEC [ebapuglia@pec.it](mailto:ebapuglia@pec.it) WEB [www.ebapuglia.it](http://www.ebapuglia.it)