

**BORSA DI STUDIO UNIVERSITARIA PER I FIGLI DEI DIPENDENTI DI IMPRESE PUGLIESI**

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

Azienda esercente attività di autotrasporto

**(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 della seguente provvidenza EBAP:

**CONTRIBUTO FREQUENZA CORSI DI LAUREA UNIVERSITARI PER FIGLI DEI DIPENDENTI DI IMPRESE PUGLIESI**



MOD\_DIP 12

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 il medesimo periodo.**

**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 12

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)