



SPAZIO RISERVATO ALL'ENTE

Prot. n. Data Ora
Importo da erogare €
Versamenti ditta
Anzianità contr. lavoratore più 24 ore/sett. meno 24 ore/sett.
Altre richieste dell'anno
Note

MODULO RICHIESTA SPESE SANITARIE PER FIGLI DISABILI (Richiesta da presentarsi entro il 31/12/2024 – inviare a segreteria@ebiro.it)
Si prega di leggere attentamente il presente modulo e di compilarlo in modo leggibile in ogni sua parte

DATI DEL LAVORATORE/RICHIEDENTE

Cognome: Nome: Codice fiscale:
Nato/a il A Prov.
Residente a Prov.: In Via/P.zza
Tel./Cell.: E-mail (no PEC)
Occupato presso l'azienda: Nell'unità locale di:

CONTRIBUTO RICHIESTO PER IL/LA FIGLIO/A:

Cognome: Nome: Codice fiscale:

COORDINATE BANCARIE SU CUI EFFETTUARE IL BONIFICO

Intestatario conto: (cognome e nome)

CODICE IBAN (27 CARATTERI ALFANUMERICI):

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

Il sottoscritto richiedente, consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità (Articolo 46 del Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa adottato con D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), **dichiara:**

- Di esprime il consenso al trattamento dei miei dati personali da parte di Ente Bilaterale del Terziario di Rovigo (mail info@ebiro.it) per le finalità istituzionali, connesse o strumentali dell'ente in qualità del Titolare del Trattamento, nonché alla comunicazione dei miei dati personali nei limiti previsti dalla citata informativa e quando ciò sia funzionale all'esecuzione delle operazioni e dei servizi offerti. Riferimento informativa di cui all'artt.13,15,16,17,18,19,20,21,22 Reg Eu. 2016/679: www.ebiro.it ;
- Di esprimere il consenso al trattamento dei miei dati personali con finalità di invio di newsletter e/o di materiale e/o comunicazioni pubblicitarie e promozionali relativi a prodotti, servizi od eventi riconducibili all'attività dell'Ente Bilaterale

Prestare il consenso | Negare il consenso

- Di autorizzare l'Ente Bilaterale del Terziario di Rovigo ad effettuare eventuali verifiche sulla veridicità dei dati forniti.



✓ **AUTOCERTIFICAZIONE DI STATO DI FAMIGLIA**

Il proprio nucleo familiare, residente presso comune e via di cui sopra, è composto dalle seguenti persone (escluso il dichiarante):

COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	PARENTELA

Nel caso di genitori separati/divorziati indicare la residenza del/dei figlio/i per il/i quale/i si richiede il contributo (se diversa da quella del richiedente):

.....
.....

REGOLAMENTO DEL CONTRIBUTO PER L'ANNO IN CORSO:

- ✓ Sarà erogato un contributo di € 500,00 all'anno.
- ✓ I documenti da allegare al modulo di richiesta sono: certificazione medica del figlio disabile rilasciata a suo tempo da Ente Pubblico (in caso di prima richiesta), certificazione medica recente (revisione oppure certificato del medico di base) attestante il persistere della disabilità e ultima busta paga. Non saranno accettate foto della documentazione se non in accordo con la segreteria.
- ✓ La domanda dovrà essere presentata entro il 31/12 dell'anno in corso.
- ✓ Tutte le richieste (complete di tutta la documentazione) saranno inserite in una graduatoria in base alla data e all'ora di presentazione e saranno evase fino ad esaurimento fondi.

Il regolamento completo dei servizi erogati dall'Ente Bilaterale del Terziario di Rovigo è consultabile alla pag. [Lavoratori Terziario \(ebiro.it\)](#)

Il richiedente dichiara di aver preso visione del succitato regolamento.

Luogo e data

Firma del dichiarante