ENTE BILATERALE PROVINCIALE
COMMERCIO PESARO E URBINO
Strada delle Marche, 58/60 – 61122 Pesaro – Tel. e Fax 0721.34010
www.ebctpesaro.it - info@ebctpesaro.it # PEC : ebcommercio@pec.it Cod.Fisc. : 92013730418
Servizi e Assistenze per Lavoratori e Imprese

PROTOCOLLO N°_____/2017

SPETT.LE ENTE BILATERALE PROVINCIALE
DISTRIBUZIONE E SERVIZI
STRADA DELLE MARCHE 58 -61122 PESARO

OGGETTO : RICHIESTA DI SUSSIDIO 3 – CURE ODONTOIATRICHE (€ 300,00) (BIENNALI)

Per i PART-TIME gli importi sono rapportati agli orari

Tempo Pieno ☐ Part Time ☐ % ore lavorate ☐

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

Via _____ n° _____ CAP _____

Tel. richiedente _____ Email _____

Cod. IBAN : | I | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dipendente della Ditta:

_____

sita in _____ Via _____ n° _____

Essendo iscritti all'Ente Bilaterale Commercio ed in regola con il versamento delle quote di contribuzione da almeno 1 anno e inoltrando la domanda entro 90 giorni dalla data della spesa.

CHIEDE

La concessione del sussidio in oggetto e a tal fine allega la documentazione riguardante la relativa richiesta

Allegati:

- Fattura o ricevuta fiscale relativa alla spesa sostenuta
- Copia delle buste paga degli ultimi tre mesi
- Certificazione di titolarità di impresa (solo per titolari)

La presente richiesta è stata presentata in data _____

Firma del dipendente

_____