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°_____/2018

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

**OGGETTO : RICHIESTA DI SUSSIDIO 3 – CURE ODONTOIATRICHE (BIENNALE)**

80% della spesa per un massimo di € 300,00 - 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 / Titolare 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 _____

IMPORTANTE:

*E' fatto divieto richiedere il rimborso per la stessa fattura contemporaneamente a più Fondi Assistenziali.*

*Ai fini fiscali, qualora ci siano le condizioni, la detrazione è possibile soltanto per la parte eccedente il sussidio ricevuto.*

*I documenti che vengono quindi allegati alla presente richiesta di sussidio devono rispettare scrupolosamente quanto sopra specificato.*

Firma del dipendente

_____