

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ (____) il ____/____/____

e residente in _____

Via _____ n° _____ CAP _____

In qualità di Rappresentante Legale della _____

P.IVA _____ Codice Fiscale _____ Matr. INPS _____

Sede Legale _____

(indirizzo, civico, CAP, località)

consapevole delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

DICHIARA

Relativamente alle mensilità ed importi versati che:

DICHIARA

Relativamente al CCNL applicato in azienda che:

CHIEDE

Il rimborso delle quote versate da versare su:

IBAN (27 caratteri): _____

Intestazione C/C: _____

Banca/Posta: _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (in seguito Regolamento EU 679/2016)

L'Ente Bilaterale EBINISP, con sede in Via Milano, 51 – 00184 Roma, Titolare del trattamento, la informa che i dati forniti nel presente modulo verranno utilizzati per gestire la sua richiesta di rimborso ed a fini statistici. L'interessato potrà rivolgersi al Titolare del trattamento per esercitare i diritti previsti dalla normativa vigente inviando una mail al seguente indirizzo di posta elettronica:

presidente@ebinisp.it

È necessario allegare la seguente documentazione:

- ✓ copia del Documento in corso di validità del sottoscrittore della dichiarazione
- ✓ copia dei versamenti effettuati in favore dell'Ente Bilaterale per i quali si richiede il rimborso

luogo e data

Il Dichiarante _____

*Timbro Impresa
Firma Rappresentante Legale*