

**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](mailto: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*