

Spett.le
Ente Bilaterale Regione Veneto
del Settore Vigilanza Privata
Via Don Tosatto 147/a
30174 VENEZIA

Oggetto: richiesta contributo "scolastico"

Il/La sottoscritto/a:			
Cod. Fiscale		Nato/a a	
Il	Residente a		
Cap	Via	Tel.	
E mail:			
Occupato/a presso l'Azienda			
Con sede in		Via	
Tel.	Attività dell'Azienda		

C H I E D E

di usufruire del sussidio per contributo scolastico

Figlio studente:

Cognome e nome	Data di nascita
----------------	-----------------

- Iscritto alla scuola media inferiore o superiore
 Iscritto all'università

Si allega la documentazione richiesta e le coordinate bancarie per ricevere l'importo del contributo:

Banca		Agenzia	
Conto corrente intestato a:			
Iban			

Data _____

Firma _____

INFORMAZIONE SULLA PRIVACY

*In ottemperanza al Dlgs 30/06/2003 n. 196, l'Ente Bilaterale garantisce la massima riservatezza nel trattamento dei dati forniti, che saranno utilizzati esclusivamente per la comunicazione di servizi di attività da noi prestate o per finalità amministrative o statistiche indispensabili alla prestazione dei servizi richiesti. I dati personali sono archiviati presso l'Ente e sono trattati mediante strumenti manuali, informatici e automatizzati. L'invio della presente scheda comporta espressione di consenso al trattamento dei dati per le finalità indicate nella presente informativa.
Per accettazione.*

Firma _____