

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

Oggetto: richiesta contributo per “malattia oltre 180 gg. non indennizzata dall’INPS”.

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 malattia oltre 180 giorni non indennizzata dall’INPS. A tal fine dichiara che il periodo di malattia è iniziato in data _____ e terminato in data _____ e che ha usufruito del periodo di astensione non retribuita dal _____ al _____

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 _____