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

Oggetto: richiesta contributo per "famigliare non autosufficiente".

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 HI E D E

di usufruire del sussidio per famigliare non autosufficiente

Cognome e nome	Data di nascita

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_____