EBRART ABRUZZO Via G.Mazzarino 8 – 65127 PESCARA tel.0852056480 fax 0858920038 – email: ebrart.abruzzo@gmail.com

DOMANDA PER ANZIANITÀ PROFESSIONALE AZIENDALE

Spett.le
EBRART Abruzzo
Via G.Mazzarino 8
Pescara

Il sottoscritto _____nato a_____il_____

residente in _____CAP_____via_____codice fiscale_____

_____ tel_____ In qualità di lavoratore dipendente assunto con la qualifica

di_____ CCNL applicato_____

presso l'impresa_____P:IVA_____C.F. _____

matr.Inps _____ Con sede in _____

via_____ CAP_____tel_____

Aderente all'Ebrart Abruzzo, fa richiesta del contributo messo a disposizione come

Anzianità professionale aziendale

A tal fine dichiara di essere stato assunto il_____

Si allega la seguente documentazione:
☐ Copia documento di identità e codice fiscale richiedente
☐ Ultima busta paga
☐ Scheda lavoratore rilasciata dal Centro per l'Impiego da cui si evince il periodo di anzianità
☐ Autorizzazione al trattamento dati

Le autocertificazioni non sostituiscono i documenti richiesti

L'Ebrart, qualora fosse necessario, si riserva la facoltà di richiedere ulteriori documenti a completamento della pratica.

Indirizzo mail da utilizzare per l'invio della certificazione CU_____

Nel caso di approvazione della presente, i contributi potranno essere versati presso la

Banca_____

Codice IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(Si richiede la compilazione completa di tutti i dati richiesti, pena il mancato riconoscimento del contributo.)

Restando a disposizione per eventuali ed ulteriori chiarimenti, si porgono distinti saluti

Timbro e firma

_____, lì _____

_____