



RICHIESTA

all'EbK di erogazione della prestazione _____

Il/La sottoscritto/a, Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ Codice fiscale _____

Residente a _____ CAP _____

In Via _____

Telefono (raggiungibile durante il giorno) _____

Fax (per ricevere risposte) _____

E-mail _____

IBAN _____

è **dipendente** presso / oppure è **titolare**:

Nome ditta _____

Indirizzo ditta _____

Indirizzo luogo di lavoro _____

DICHIARA

di versare **regolarmente** i contributi all'Ente Bilaterale (EbK) e l'Ascom/Covelco da **almeno 6 mesi** (vedi cedolini paga)

e acconsente al trattamento dei dati personali per le finalità indicate. (Art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 – codice della privacy)

Luogo e data _____

Si avvertono i richiedenti, che le domande non complete delle informazioni necessarie non potranno essere prese in considerazione. Prego compilare il modulo online, stampare, firmare e spedire assieme a tutti documenti all'EbK.

Firma _____