



Fondo Sostegno al Reddito E.B.M. - Contributo per anzianità aziendale Mod.3.1

**Spett.le Commissione Paritetica E.B.M
Fondo Sostegno al Reddito**

Il/La sottoscritto/a _____

cod. fiscale _____ Nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente in via _____ n _____ a _____ () c.a.p. _____

dipendente dell'azienda _____

in regola con i versamenti della quota di adesione E.B.M. da almeno 1 anno e che applichi integralmente il CCNL da almeno 3 anni.

sita in _____ via _____ prov. _____

cap _____ esercente l'attività di _____

tel. _____ fax. _____ e-mail _____

Chiede:

Contributo per anzianità aziendale FSR EBM

A tal fine allega:

- la dichiarazione di permanenza in servizio presso l'azienda di cui sopra
- copia busta paga del mese di maturazione del diritto,
- copie delle attestazioni di bonifico a E.B.M da almeno 1 anno
- copia DM/10 (ex art. 40 CCNL) dello stesso mese della richiesta del contributo e una copia del DM10 dello stesso mese e di tre anni prima della richiesta (solo per gli iscritti al settore commercio).

Chiede che il contributo stabilito venga:

accreditato Banca _____ di _____

· cod IBAN _____

Intestato a _____

Li _____ Il legale rappresentante _____

(parte riservata all'Ente Bilaterale Mantovano del Commercio Turismo e Servizi)

Si approva il _____ **importo lordo riconosciuto: €** _____

Si respinge il

Pratica sospesa per: _____ **il**

Data: _____ **visto e timbro della Commissione Paritetica**

Consenso rilasciato a E.B.M per il trattamento dei dati ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 30 giugno 2003.

Il sottoscritto _____ in riferimento ai dati contenuti nel presente modulo, dichiara, ai sensi per gli effetti, degli articoli _____ del Decreto Legislativo n.196 del 30 giugno 2003 di avere letto l'informativa fornita e acconsente alla raccolta, trattamento, comunicazione e diffusione dei dati stessi, eventualmente anche sensibili, da parte di E.B.M.

data _____ firma del lavoratore _____