

Intestatario _____

Banca: _____

Cod. EBAS _____

Prot.Pratica _____

CDP _____ / _____ / _____

Stato Pratica _____

Importo contributo _____

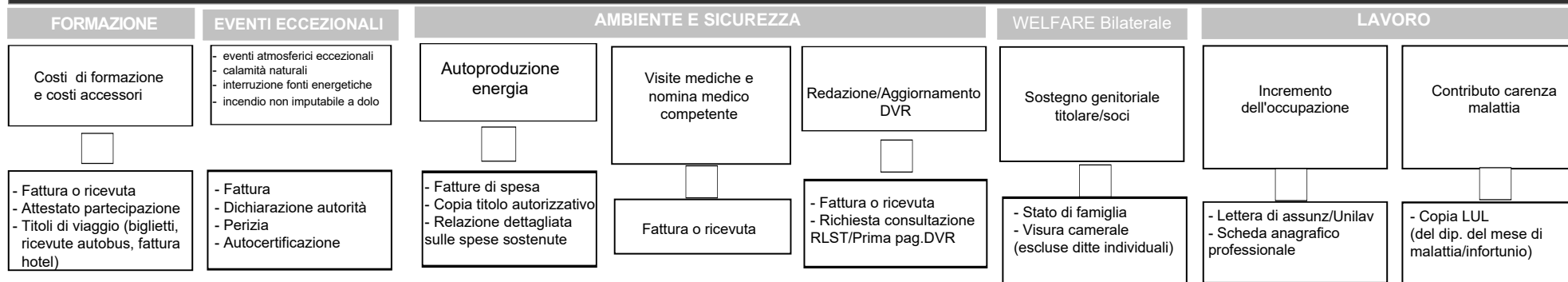
Importo ritenuta _____

Importo da liquidare _____

Ditta	P.IVA	Cod.Fiscale
Città	Via	CAP Prov.
Matricola INPS	Codice statistico contributivo INPS	Codice autorizzazione INPS
Tel/Cell.	E-mail	PEC

CCNL Applicato _____ N.dip. in forza _____

PRESTAZIONI



Il Titolare/Legale rappresentante dichiara, sotto la propria responsabilità:

- ✓ di avere adempiuto agli obblighi normativi in materia di integrazioni salariali (D. Lgs. 148/2015 e successive disposizioni ministeriali) e/o previsti dal CCNL artigiano applicato e dagli accordi sottoscritti in materia di bilateralità artigiana;
- ✓ di essere a conoscenza che l'Ente, nel caso in cui non fosse in grado di coprire la totalità delle richieste valide, potrebbe liquidare il contributo in misura parziale oppure non liquidare l'intera prestazione;
- ✓ di aver preso visione dell'Informativa scaricabile dalla sezione "Privacy" del sito internet dell'Ente, all'indirizzo www.ebas.sardegna.it, redatta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, e di esprimere il consenso, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. dello stesso Regolamento (UE), al trattamento dei dati personali, secondo le modalità e nei limiti indicati nell'informativa.

Firma Titolare/Legale Rappresentante e timbro azienda
