

EBT02

DOMANDA

CONTRIBUTO

SPESE ODONTOIATRICHE



ENTE BILATERALE DEL TERZIARIO AGRIGENTO

IBAN:

- di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 sulle sanzioni civili e penali cui può andare incontro per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, e che i dati della presente domanda sono veri.
- **DICHIARA DI NON AVER PRESENTATO, ALL'ENTE BILATERALE ULTERIORI DOMANDE DI CONTRIBUTO, NÉ PER SÉ STESSO NÉ PER PROPRI FAMILIARI, RELATIVE A SPESE SOSTENUTE NEL PERIODO COMPRESO TRA IL 01/01/2025 E IL 30/11/2026 OVVERO ALLA PRECEDENTE MISURA N°1/2026.**

che i componenti del proprio nucleo familiare sono:

[illegible]

per (Nome e Cognome) _____ **il contributo pari ad € 200,00 per le spese odontoiatriche** (escluse dal Welfare Contrattuale del CCNL Terziario – Confcommercio e dalle agevolazioni fiscali) **sostenute ed effettuate dal 01/01/2025 al 30/11/2026.**

ALLEGATI OBBLIGATORI

- a. copia della carta d'identità e tessera sanitaria del richiedente;
- b. copia della carta d'identità e tessera sanitaria del familiare per cui si presenta la domanda (se diverso del richiedente);
- c. ultima busta paga (se dipendente) o documentazione attestante il versamento del contributo all'Ente (se titolare o socio);
- d. documentazione di spesa (fattura/ricevuta di pagamento)
- e. Attestazione ISEE (v. art. 7 del Bando)

AUTORIZZA

Il trattamento dei dati personali, ai sensi del articolo 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR), per le finalità previste dal presente Bando

Agrigento, _____

Firma _____