

Spazio riservato all'Ufficio F.A.V.L.A.FE.B.A.T.	
Arrivata il	

Eventuale Ente di patronato _

RICHIESTA CONTRIBUTO CURE ORTODONTICHE

FIGLI DI ETÀ FINO A 14 ANNI COMPIUTI

Da presentare non oltre il 31 MARZO dell'anno successivo in cui è avvenuta la spesa

Cognome	Nome _		[M] [F]	
Data di Nascita	Luogo di nascita _			
Cod.Fisc.				
Telefono	Cellulare	E-m	nail	
Indirizzo			C.A.P	
Comune	Località		Prov	
lavoratore	a tempo determinato (O.T.D.)		a tempo indeterminato (O.T.I.)	
	СН	IEDE		
ontributo p	er cure ortodontiche del figlio di e	tà fino a 1	14 anni compiuti	
Cognome	Nome _		[M] [F]	
Cod.Fisc.				
 Copia dell' 	mprovante le spese sostenute avvenuto pagamento della pre mpilato e firmato dichiarazion	stazione	e; I tiva (Art. 47, D.P.R. del 28 dicembre 2000,	
MODALITA' DI PAGAMENTO				
Accredito su	Conto Corrente codice IBAN:			
liberare, come in effet richieste vantate da alt	ti libera, F.A.V.L.A.FE.B.A.T. da qualsiv ri coeredi. nformazioni di cui all'art. 13 del Regolamento El	oglia respon: J n. 2016/679	ente la richiesta di contributo dichiara di voler nsabilità connessa e/o derivante da eventuali 9 GDPR, esprime il proprio consenso al trattamento credito e/o altri organismi cui i dati stessi potranno	
Presta esplicito consenso p	ealizzazione degli obblighi statutari. per il trattamento dei dati 'sensibili', nell'ambito o cy dell'Ente, sono consultabili al link <u>www.favlaf.</u>		e secondo le modalità indicate nella informativa.	
Data/	_/		Firma	