

SPETT.LE  
CONSIGLIO DIRETTIVO E.B.E.R.  
FONDO SOSTEGNO AL REDDITO

**RICHIEDENTE**

IL SOTTOSCRITTO ..... COD. FISCALE .....

DATA DI NASCITA ..... LUOGO DI NASCITA ..... PROV .....

RESIDENTE IN: COMUNE ..... FRAZIONE .....

PROV ..... CAP ..... INDIRIZZO .....

TITOLARE  LEGALE RAPPRESENTANTE  SOCIO  DELL'IMPRESA I CUI DATI SONO DI SEGUITO RIPORTATI

**dati dell'impresa**

RAGIONE SOCIALE .....

DITTA INDIVIDUALE  SOCIETÀ  CODICE FISCALE .....

POSIZIONE INPS N° ..... CODICE STATISTICO CONTRIBUTIVO (CSC) N° .....

CODICE ATECO-CLASSIFICAZIONE 2007 (CODICE IMPORTANZA "A") .....  
(EVIDENZIATO IN VISURA CAMERALE)

SITA IN ..... PROV. .... CAP .....

(COMUNE) (FRAZIONE)

VIA ..... TEL. ....

ESERCENTE L'ATTIVITÀ DI .....

CCNL APPLICATO ..... CON N. .... DIPENDENTI ALLA DATA ODIERNA

ASSISTITA DA ASSOCIAZIONE/CONSULENTE.....

TEL. .... FAX ..... MAIL .....

COORDINATE BANCARIE DELL'IMPRESA  
PER L'ACCREDITO:

|       |  |  |       |  |        |  |     |  |     |  |             |     |  |  |                |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|-------|--|--------|--|-----|--|-----|--|-------------|-----|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|
|       |  |  |       |  |        |  |     |  |     |  | <b>IBAN</b> |     |  |  |                |  |  |  |  |  |  |
|       |  |  |       |  |        |  |     |  |     |  |             |     |  |  |                |  |  |  |  |  |  |
| BANCA |  |  | PAESE |  | CINEUR |  | CIN |  | ABI |  |             | CAB |  |  | CONTO CORRENTE |  |  |  |  |  |  |

rientrando nelle condizioni previste dall'art. 20 Regolamento Sistema Regionale – FSR EBER

**CHIEDE**

l'erogazione delle provvidenze di competenza EBER - Fondo Sostegno al Reddito per il seguente intervento:

► **INCENTIVO DI INDENNITÀ PER ASTENSIONE PER MATERNITA' AI SENSI DELL'ART. 66 DEL D.Lgs.151/01**

L'impresa dichiara di aver effettuato i versamenti delle quote di adesione nei tempi e nei modi indicati dai regolamenti in vigore e di essere in regola con i versamenti nel quinquennio precedente. L'impresa si impegna a fornire su richiesta di EBER documentazione attestante.

Allegati:

- Domanda di indennità di maternità – Mod. MAT - Cod. SR01 presentata all'INPS

..... li, .....

.....  
(TIMBRO E FIRMA DELL'IMPRESA)

**CONSENSO RILASCIATO A EBER – ENTE BILATERALE EMILIA ROMAGNA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEL D.Lgs.196 DEL 30 GIUGNO 2003**

Il sottoscritto ....., in riferimento ai dati contenuti nel presente modulo, dichiara, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs.196/03, di avere attentamente letto l'informativa fornita e acconsente consapevolmente e liberamente alla raccolta, trattamento, comunicazione e diffusione dei dati personali e aziendali, eventualmente anche sensibili, da parte di EBER – Ente Bilaterale Emilia Romagna.

Firma leggibile

Data .....