

## PREMIO ANZIANITA' LAVORO 2009

Il sottoscritto (Titol./leg.rappresentante) \_\_\_\_\_ *Cod. EBAP* \_\_\_\_\_  
Dell'impresa artigiana \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Posizione INPS n° \_\_\_\_\_ Codice Statistico Contributivo(CSC) n° \_\_\_\_\_  
Sita in \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
Esercente l'attività di \_\_\_\_\_ CCNL \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ dipendenti  
Assistita da \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_  
E-MAIL \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

### Coordinate bancarie per l'accredito (si richiede la compilazione completa):

IBAN COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI (27 caratteri alfanumerici)																										
PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE																					

### CHIEDE

L'erogazione delle provvidenze di competenza EBAP – Fondo di sostegno al reddito per il / i seguente / i intervento / i

- Premio di anzianita' al lavoro per il dipendente sotto indicato**
- Specificare se trattasi di seconda richiesta e inserire copia precedente domanda.**

### LA DITTA SI IMPEGNA

**Ad effettuare il versamento del contributo annuale all'Ente, per i prossimi 5 anni.**

Il Titolare

\_\_\_\_\_

### ALLEGATI :

- Copia ricevuta di versamento al FISR + EX 626 anno in corso e due precedenti;
- Copia DM 10 (vers. FACP) del mese di Ottobre [cod. W 150 ];
- Copia ultima Busta paga recante l'indicazione della data di assunzione e/o documentazione equipollente sottoscritta in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio;
- Dati anagrafici indirizzo e codice fiscale del dipendente interessato alla prestazione;
- Copia libro Unico completo e leggibile della Ditta;
- Autocertificazione del titolare della ditta, comprovante l'autenticità della documentazione allegata
- Tutte le domande incomplete della suddetta documentazione, verranno sospese e dopo 30 giorni archiviate d'ufficio.

### DATI DEL DIPENDENTE

COGNOME E NOME .....NATO/A .....

IL .....RESIDENTE IN .....PROV.....CAP.....

VIA .....N° ..... C.F. ....

DATA DI ASSUNZIONE .....QUALIFICA .....

**N.B.** IN CASO DI PIU' RICHIESTE PREDISPORRE UNA SOLA RICHIESTA DI PRESTAZIONE PER SINGOLO DIPENDENTE

L'IMPORTO EROGATO DALL'ENTE SARA' REGOLARMENTE INSERITO IN BUSTA PAGA DEL DIPENDENTE DA PARTE DEL TITOLARE  
L'IMPRESA NEL PERIODO PAGA IMMEDIATAMENTE SUCCESSIVO L'EROGAZIONE

.....li .....

.....

( TIMBRO E FIRMA DELL'IMPRESA )

**Consenso rilasciato a EBAP – ENTE BILATERALE ARTIGIANATO PUGLIA per il  
trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003**

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 di acconsentire consapevolmente e liberamente alla raccolta, trattamento, comunicazione e diffusione dei dati personali e aziendali, eventualmente anche sensibili, da parte dell' E.B.A.P. – Ente Bilaterale Artigianato Pugliese.

Data .....

Firma leggibile

.....

**N.B. : Prima della compilazione consultare il Regolamento della suddetta prestazione sul sito [www.ebapuglia.it](http://www.ebapuglia.it)**