

DOMANDA DI EROGAZIONE CONTRIBUTO SCOLASTICO Autocertificazione

Il sottoscritto _____ Nato il _____ a _____
Cod.Fisc. _____ residente nel comune di _____
Via _____ Tel. _____
Dipendente OTI/OTD dell'Azienda Agricola _____ In Comune di _____

CHIEDE

la liquidazione dell'**ASSEGNO SCOLASTICO PER IL 1° ANNO DI FREQUENZA**, per il Figlio _____
iscritto al 1° anno (Scuola Media – Superiore – Università) **tramite accredito C/C bancario o postale**

IBAN (obbligatorio) _____ (27 cifre)

Intestato a _____ Banca _____ Agenzia di _____

DICHIARA

- o Di aver effettuato nell'anno precedente 102 giornate di lavoro (solo se Operaio a Tempo Determinato.)
- Che il proprio nucleo familiare è così composto:

DICHIARANTE _____	nato il _____
CONIUGE _____	nato il _____
FIGLIO _____	nato il _____
FIGLIO _____	nato il _____
FIGLIO _____	nato il _____

Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni civili e penali previste dalle vigenti norme di legge per coloro che rendano dichiarazioni false e compiano atti fraudolenti al fine di procurare a se o ad altri prestazioni previdenziali o assistenziali indebite.(art. 76 DPR 445/2000).

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto ai sensi dell'art.13 e 14 GDPR (Reg.UE 679/2016) acconsente al trattamento dei propri dati personali comuni e sensibili per il perseguimento delle finalità istituzionali nonché per la realizzazione delle attività del Fondo stesso e alla comunicazione e diffusione dai dati a soggetti terzi appartenenti alle categorie indicate nell'informativa.

ALLEGA : Attestato di iscrizione alla scuola.
Documento identità in corso di validità.

Parte riservata all'Ufficio

Data

Firma

.....

N.B. La domanda deve essere presentata al Fondo **entro il 30/06/2020**. Non si liquidano domande senza l'indicazione del cod. IBAN.



ENTE BILATERALE PER L'AGRICOLTURA VICENTINA
FONDO ASSISTENZA INTEGRATIVA MALATTIA-INFORTUNIO LAVORATORI AGRICOLI

Via Vecchia Ferriera n. 5 - 36100 VICENZA
Tel.e Fax. 0444/964542 – Cod.Fiscale 80008310247-
Indirizzo e-mail: info@ebavi.it