Assistenza malattia genitori anziani

### (a) DATI ANAGRAFICI ISCRITTO

**Cognome Nome C.F.**

**Indirizzo CAP Comune (**

**Tel/Cell e-mail Qualifica**

### (b) DATI ANAGRAFICI AZIENDA

**Ragione Sociale**

**Partita IVA Codice Fiscale**

**Indirizzo CAP Comune ( )**

**Tel/Cell e-mail**

### (c) DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI- ANZIANI

**Cognome Nome**

**Nato a ( ) il C.F.**

**Documenti allegati:**

🞏 Documento di identità del richiedente (copia) 🞏 Certificato di malattia o del ricovero ospedaliero

🞏 Copia ultima busta paga 🞏 Fattura o ricevuta della spesa sostenuta

🞏 Stato di famiglia o attestazione di paternità/maternità

🞏 Attestazione di assenza dal lavoro

Il sottoscritto, di cui al punto (a), appartenente all’azienda di cui al punto (b), essendo a conoscenza del regolamento dei servizi dell’Ente Bilaterale Veneto FVG, dichiara di essersi assentato dal lavoro per n. giorni \_\_\_\_\_\_ per assistere il proprio genitore, per ricovero ospedaliero o per il trasporto di visite mediche come da certificato medico allegato.

Data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Desidero ricevere il versamento tramite bonifico bancario al c/c:**

**Banca Agenzia**

**CODICE IBAN (composto da 27 caratteri alfanumerici)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Il sottoscritto, vista l’informativa di cui all’artt.13,15,16,17,18,19,20,21,22 Reg Eu. 2016/679, scaricabile dal sito* [*www.ebvenetofvg.it*](http://www.ebvenetofvg.it)*, esprime il consenso al trattamento dei miei dati personali da parti di Ente Bilaterale Veneto FVG (mail*[*info@ebvenetofvg.it*](mailto:info@ebvenetofvg.it)*) per le finalità istituzionali, connesse o strumentali dell’ente in qualità del Titolare del Trattamento ,  nonché alla comunicazione dei miei dati personali nei limiti previsti dalla citata informativa e quando ciò sia funzionale all’esecuzione delle operazioni e dei servizi offerti.*

*Ha sempre diritto di proporre all'Autorità di Controllo*[*https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524*](https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524E)*E' stato nominato il Data Protection Officer, che è contattabile al seguente indirizzo mail*[*dpo@ebvenetofvg.it*](mailto:dpo@ebvenetofvg.it)*.* Dichiaro inoltre quanto sotto riportato:

**- Desidero ricevere via SMS notifica di pagamento ¨** **SI - ¨** **NO**

**-** **Desidero ricevere informazioni sui servizi e sulle attività dell’ente ¨ SI - ¨ NO**

Firma ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***