

**RICHIESTA DI RIMBORSO ISCRIZIONE ASILO NIDO/SCUOLA DELL'INFANZIA**

**(A) DATI ANAGRAFICI ISCRITTO**

Cognome ..... Nome .....  
Nato/a a .....(....) il ..... C.F. ....  
Indirizzo ..... CAP ..... Comune .....(....)  
CCNL ..... Qualifica ..... Livello .....  
Tel ..... Cellulare ..... e-mail .....

**(B) DATI ANAGRAFICI AZIENDA**

Ragione Sociale .....  
Partita IVA ..... Codice Fiscale .....  
Indirizzo ..... CAP ..... Comune .....(....)  
Tel ..... FAX ..... e-mail .....  
Referente Aziendale ..... Settore/Attività .....

**(C) DATI ANAGRAFICI DEL FIGLIO/A STUDENTE**

Cognome ..... Nome .....  
Nato/a a .....(....) il ..... C.F. ....

**Documenti allegati:**

- Documento di identità del Richiedente (copia);      Stato di famiglia o autocertificazione del Richiedente;  
 Copia ultima busta paga;      Fattura o ricevuta di iscrizione all'anno scolastico o attività scolastica integrativa.

Il/La sottoscritto/a, di cui al punto (A), appartenente all'Azienda di cui al punto (B), essendo a conoscenza del Regolamento dei servizi dell'Ente Bilaterale **EBINASP**, dichiara che il proprio figlio è regolarmente iscritto alla Scuola indicata sopra e chiede il rimborso del costo dell'iscrizione o dell'attività scolastica integrativa relativa alla fattura, secondo i parametri massimi di finanziamento indicati dal Regolamento del Bando.

Data ..... Firma .....

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

Banca ..... Agenzia .....

CODICE IBAN (composto da 27 caratteri alfanumerici)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il/La sottoscritto/a, preso atto dei diritti di cui al D.Lgs 196/03 (privacy) s.m.i. e D.Lgs 101/2018, esprime il consenso previsto al trattamento dei dati che mi riguardano, all'Ente Bilaterale – **EBINASP** per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, dell'Ente Bilaterale – **EBINASP**, 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.

- Desidero ricevere informazioni sui servizi e sulle attività di **EBINASP**      SI      NO

Firma .....

