



**ENTE BILATERALE AGRICOLO TERRITORIALE DELLE PROVINCE DI COMO E LECCO  
(EBAT)**

**MODULO RICHIESTA RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO (art. 79 e art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

di essere dipendente dell'impresa \_\_\_\_\_  
ragione sociale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
codice fiscale impresa \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_

- di essere Operaio a Tempo determinato (OTD)
- di essere Operaio a Tempo indeterminato (OTI)
- che in busta paga viene regolarmente ritenuta la quota di C.A.C. ed EBAT art. 18, 19 del CPL Como Lecco
- di avere effettuato spese odontoiatriche
- di aver effettuato spese odontoiatriche per il proprio familiare a carico :

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

l'erogazione della provvidenza così come previsto dal Regolamento dell'EBAT sul seguente IBAN :

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

A tal fine si allega:

- fattura
- copia busta paga
- copia documento: carta d'identità o passaporto
- autocertificazione stato di famiglia

Data \_\_\_\_\_ Firma del lavoratore \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ acquisite le informazioni, ai sensi del Reg. UE n. 679/2016 e del D.Lgs 196/2003, sull'utilizzo dei dati personali,

**ACCONSENTE**  **NON ACCONSENTE**

Al trattamento dei dati personali per le esclusive finalità contenute nel modulo di adesione.

Data \_\_\_\_\_ Firma del lavoratore \_\_\_\_\_