

N. protocollo	Data compilazione
	Arrivo sede regionale
Regione	Arrivo sede nazionale

Numero matricola socio

Numero mat. Rappresentante

RICHIESTA SUSSIDI - PRESTAZIONE TUTELA INIDONEITÀ

(compilare in stampatello)

Il/la sottoscritto/a _____ nato il

(Cognome e nome)

Iscritto/a dal _____ (Professione) _____ (Ente di appartenenza)

Indirizzo _____ n. _____
 (Via/piazza)

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Tel. abit. _____ Tel. ufficio _____ E-mail _____

PRESTAZIONE DI APPARTENENZA

- TUTELA INIDONEITÀ
 TUTELA INIDONEITÀ PARTNER

PAGAMENTO CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

- TRATTENUTA BUSTA PAGA R.I.D.
 C/C POSTALE _____

In qualità di socio chiede che gli venga corrisposto il sussidio di:

- Inidoneità temporanea alla mansione specifica
 Inidoneità definitiva alla mansione specifica

Chiede che il pagamento avvenga tramite accredito sul proprio c/c bancario assegno di trattenza a domicilio

Per l'accredito bancario Utilizzare dati del RID attivo Banca _____

Indirizzo _____

Nominativi degli intestatari del c/c _____

Codice IBAN

	CIN	A.B.I.	C.A.B.	CONTO
I T				

Annotazioni _____

Luogo e data _____

Firma (del socio) _____

Firma (per la società) _____

Vedere nel retro i documenti da allegare - Compilare la parte interessata

