

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**

