VERS. 01/17

PROT.

€

E.Bi.P.I.C.

Richiesta di RIMBORSO LIBRI DI TESTO

(a) DATI ANAGRAFICI ISCRITTO

Cognome **Nome**

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

Iscritto all'anno **della Scuola**

Documenti allegati:

☐ Documento di identità del richiedente (copia)
☐ Stato di famiglia o autocertificazione
☐ Copia ultima busta paga
☐ Elenco libri di testo della scuola/universitari
☐ Fattura o ricevuta di acquisto dei libri di testo della scuola/università
☐ Attestato di iscrizione a scuola/università

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 EBIPIC, dichiara che il proprio figlio è regolarmente iscritto alla scuola/università indicata sopra e richiede il rimborso del costo dei libri di testo richiesti dalla scuola di cui allega relativa fattura, secondo i parametri massimi di finanziamento indicati dal regolamento dell'ente.

Data _____ Firma _____

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

Banca **Agenzia**

CODICE IBAN (composto da 27 caratteri alfanumerici)

Il sottoscritto, ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 e preso atto dei diritti di cui all'art. 7 del decreto legislativo 196/03 (privacy), esprime il consenso previsto dall'art. 23 e 26 del citato decreto al trattamento dei dati che mi riguardano, da parte dell'Ente Bilaterale EBIPIC e/o delle società o organizzazioni legate alla Confimprese per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, dell'Ente Bilaterale EBIPIC 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 dell'EBIPIC ☐ SI ☐ NO

- Desidero ricevere via SMS notifica di pagamento ☐ SI ☐ NO

Firma _____

Questa scheda può essere spedita via e-mail**:** **info@ebipic.it** - a mezzo **Posta** all'indirizzo: **Ente Bilaterale EBIPIC – Via Macedonia 100 – 00179 Roma**