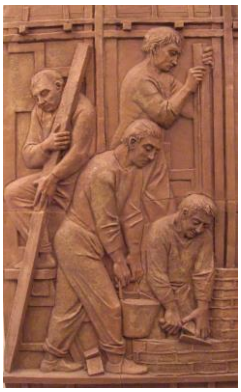

CASSA EDILE – PESARO

Via Toscana, 113 – 61122 Pesaro | tel. 0721.32606 – 0721.69393 | c.f. 80002130419
www.cassaedilepesaro.org | info@cassaedilepesaro.org | cepesaro@legalmail.it

DOMANDA DI INCENTIVO
"BONUS VISITE MEDICHE LAVORO"

(trasmettere esclusivamente tramite PEC a **cepesaro@legalmail.it**)

LEGALE RAPPRESENTANTE

(codice fiscale)

..... (nome) ..... (cognome) ..... (data e luogo di nascita)

..... (via/p.zza) ..... (civivo) ..... (CAP)

..... (città) ..... (PROV.) ..... (cellulare) ..... (mail)

AZIENDA

(codice fiscale) (P.IVA)

..... (ragione sociale)

..... (indirizzo sede legale) ..... (indirizzo PEC)

..... (telefono) ..... (cellulare) ..... (mail)

DATI BANCARI

IBAN (NAZ.) (CIN EU) (CIN) (ABI) (CAB) (CONTO CORRENTE)

..... (BANCA/ISTITUTO DI CREDITO) ..... (FILIALE/AGENZIA)

Il sottoscritto ..... in qualità di legale rappresentante della Ditta sopra indicata, con la presente chiede il riconoscimento del "BONUS VISITE MEDICHE LAVORO" di cui al Regolamento Prestazioni Imprese della Cassa Edile – Pesaro,

A TAL RIGUARDO

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del DPR n. 445/2000, ai fini della richiesta sopra esposta

DICHIARA

- che intende presentare domanda per il "BONUS VISITE MEDICHE LAVORO", rimettendosi ad insindacabile giudizio della Cassa Edile – Pesaro in relazione al riconoscimento di tale bonus;
- di riconoscere ed accettare il Regolamento Prestazioni Imprese, lo Statuto e relativi regolamenti della Cassa Edile – Pesaro;

Luogo e data .....

.....
TIMBRO E FIRMA LEGALE RAPPRESENTANTE

AUTORIZZA IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. UE 2016/679.

.....
TIMBRO E FIRMA LEGALE RAPPRESENTANTE

(Allega alla presente copia del documento di identità e delle fatture)