



## MODALITA' DI RICHIESTA PRESTAZIONE

- ✓ Lavoratore = rimborso della spesa sostenuta con limite annuale di € 150,00 per tutte le prestazioni;
- ✓ la richiesta può essere presentata per familiari a carico e/o per sé stessi;
- ✓ ogni richiesta di rimborso deve corrispondere ad una singola fattura/ricevuta;
- ✓ le richieste che prevedono un rimborso inferiore di € 25,00 non verranno ammesse;
- ✓ le richieste devono pervenire all'Ente entro 60 giorni dalla data della fattura/ricevuta;
- ✓ Le richieste devono essere presentate con il modulo presente nella pagina seguente tramite e-mail o

Posta Elettronica Certificata, compilata in ogni sua parte e allegando tutta la documentazione richiesta da ciascun servizio, ad uno dei seguenti recapiti:

- via e-mail agli indirizzi: [info@ebiuni.it](mailto:info@ebiuni.it)
  - via PEC all'indirizzo: [ebiuni@pec.it](mailto:ebiuni@pec.it)
- ✓ In caso di richiesta documentazione aggiuntiva od integrativa da parte dell'EBIUNI, il richiedente ha tempo 30 giorni per integrare quanto richiesto prima che venga respinta la prestazione.

Prot.
Del
Importo €

**Richiesta CONTRIBUTO per ISCRIZIONE UNIVERSITA'****(a) DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE**

Cognome..... Nome.....  
Nato/a a..... (.....) il..... C.F. ....  
Indirizzo..... CAP..... Comune .....(.....)  
CCNL..... Qualifica..... Livello.....  
Cellulare ..... E-mail.....

**(b) DATI ANAGRAFICI AZIENDA**

Ragione Sociale.....  
Partita IVA..... Codice Fiscale.....  
Indirizzo..... CAP..... Comune .....(.....)  
Telefono..... FAX..... E-mail.....  
Referente Aziendale ..... Settore/Attività.....

**(a) DATI DEL FAMILIARE A CARICO (compilare se richiesto per i familiari)\***

Cognome..... Nome.....  
Nato/a a..... (.....) il..... C.F. ....

**Documenti allegati:**

- Documento di riconoscimento del richiedente     Fatture/scontrini pagamento iscrizione  
 Certificato di iscrizione/frequenza scolastica     Documentazione attestante il carico familiare o autocertificazione\*  
 Dichiarazione dell'Impresa che certifichi che il lavoratore sia dipendente (Lavoratore)     Visura Camerale (Datore di Lavoro)

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle modalità di erogazione del contributo

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 al Reg. Eu. 2016/679 esprime il consenso al trattamento dei dati all'EBIUNI per le finalità istituzionali, connesse o strumentali dell'Ente 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 di **EBIUNI**

SI     NO

Firma.....