

Spett. E.BI.CONF.
Ente Bilaterale Nazionale
E.BI.CONF.
Corso Vittorio Emanuele II, 326
00186 Roma

**DICHIARAZIONE CUMULATIVA
RICHIESTA CONTRIBUTO PER SPESE PREVENZIONE COVID19
cod. rif. A1**

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
C.F. _____ tel _____
residente a _____ Prov _____
dipendente dell'impresa _____
con sede a _____ prov _____
via _____ cap _____
Partita IVA _____ tel _____
e-mail _____

DICHIARA

- di contribuire all'E.BI.CONF. da almeno 2 mesi la data di presentazione della richiesta;
- che il componente familiare è stato sottoposto a analisi per il COVID19 comunque denominate;
- che il rapporto di lavoro con l'azienda che versa all'E.BI.CONF. è vigente.

ALLEGA

- Autocertificazione dello stato di famiglia;
- Ricevuta fiscale o fattura del medico che ha fornito il servizio di prevenzione covid19;
- Copia busta paga degli ultimi due mesi.

(data)

(firma dipendente)