

Modulo Richiesta Rimborso Provvidenza Complementare ALIFOND (L-PRE)

Dati ANAGRAFICI LAVORATORE RICHIEDENTE

Modalità pagamento

Dipendente dell'AZIENDA

Ragione Sociale* _____
Sede Lavoro (via) _____ Pr (____) Cap _____ Città _____
Contratto applicato Panificazione Industria Panificazione Artigianale Altri _____
*dati OBBLIGATORI

Dettagli contributo richiesto

Periodo considerato 1° semestre 2° semestre ANNO _____ Inizio contribuzione azienda ad Ebipal _____
Data adesione ad ALIFOND _____ Retribuzione utile TFR del semestre _____
Contributo minimo dell'1% a carico del lavoratore da rimborsare

Informativa e dichiarazione di consenso ai sensi del Reg.to UE 2026/679

Al fine di poter utilizzare al meglio i servizi e/o le informazioni che Ebipal Vi mette a disposizione, all'utente potrebbe essere richiesto di fornire informazioni e/o dati riferiti alla propria attività, al proprio indirizzo (anche e-mail), ai propri riferimenti anagrafici e identificativi numerici e dove necessario anche a dati particolari (o sensibili). Con riferimento a ciò Vi diamo garanzia che tutti questi dati saranno trattati nel più completo rispetto del Reg.to UE 2016/679 ('GDPR'), del Dlgs 196/03 e del DLgs 101/18 e successive modifiche. Visitate il nostro sito per ulteriori dettagli <http://www.ebipal.it/privacy> e per visionare l'informativa a sulla privacy aggiornata oppure potete chiederne copia ai nostri uffici. Con la firma del presente dichiaro di aver preso visione e accettare i termini dell'informativa in allegato (All.B) per me e per i miei familiari.

PER ACCETTAZIONE

Luogo e data _____ Firma LAVORATORE _____

Dichiarazione Sostitutiva di atto di notorietà per la richiesta di sussidio ad EBIPAL

(i dati della presente dichiarazione possono essere sottoposti a verifica da parte di EBIPAL)

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, di aver preso visione dei regolamenti EBIPAL, delle condizioni generali e particolari per la richiesta di rimborso sopra esposta confermando inoltre che corrispondono al vero i dati e le informazioni contenuti nel presente modulo e nei suoi allegati.

Luogo e data _____ **FIRMA LAVORATORE** _____