



Sede legale e operativa:
Strada Battaglia 71/C,
35020 Albignasego (Pd)
Tel. 049 8223506 – Cell. 331 7488626
E-mail: info@fimiebp.it
Pec: fimi_ebp@legalmail.it
Sito web: www.fimiebp.it

RICHIESTA CONTRIBUTO CORSI DI FORMAZIONE OBBLIGATORI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il ____ / ____ / ____ a _____
nel comune di _____
codice fiscale _____
in qualità di TITOLARE / LEGALE RAPPRESENTANTE
dell'Azienda Agricola / Florovivaistica _____
Partita IVA _____ codice fiscale azienda _____
Pec _____ e-mail: _____
Telefono: _____

CHIEDE

sia erogato il contributo del 50% dell'importo totale della fattura per il corso di formazione obbligatorio in materia di sicurezza sostenuto dall'azienda per un numero di:

N° _____ dipendente/i, N° _____ datore/i di lavoro o titolare/i e N° _____ coadiuvante/i
organizzato da: _____

che il contributo venga accreditato alle seguenti coordinate bancarie:

Banca: _____
Agenzia di _____
Indirizzo: _____
IBAN: _____

DICHIARA

- Che l'azienda Agricola/Florovivaistica opera nella provincia di Padova;
- di aver versato regolarmente i contributi FIMI e CAC destinati all'Ente Bilaterale EBAP (verranno controllati i versamenti attraverso il sito dell'INPS, in caso non regolarità contributiva non verrà erogata la prestazione);

ALLEGA

(pena la non accettazione della domanda)

1. Il presente modulo compilato e firmato;
2. Fotocopia fattura quietanzata emessa dall'Ente Formatore o Professionista o Società di Servizi;
3. Calendario corso, registro e attestati di partecipazione dei corsisti

Li, ____ / ____ / ____

Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

(Ai sensi dell'Art. 23 del D.Lgs. 196/03 e s.m.i. ed Art. 15 GDPR UE 2016/679 e s.m.i.)

Il sottoscritto _____ in qualità di TITOLARE / LEGALE
RAPPRESENTANTE dell'Azienda Agricola / Florovivaistica

_____, presa visione dell'Informativa ai sensi dell'Art. 13 del
Regolamento Europeo UE 679/2016 autorizza il FIMI EBAP al trattamento cartaceo ed informatico
dei propri dati personali e sensibili. Il trattamento avrà per finalità e nei limiti correlati alla
richiesta di rimborso in oggetto. I dati richiesti con la scheda, necessari ed indispensabili per la
valutazione dei requisiti di accesso al diritto di rimborso, saranno comunicati, per le deliberazioni
del caso, alle Associazioni Datoriali e Sindacali partecipanti al Comitato di Gestione. Tali dati non
saranno oggetto di diffusione.

Li, ____ / ____ / ____

Firma _____