

Spett.le C.I.A.L.A. - E.B.A.T. Via Monfalcone, 74  
71121 Foggia (Fg)

Il sottoscritto  nato a   
il  residente a  via   
Cap  Codice Fiscale  tel   
**Codice Fiscale del Coniuge**

CHIEDE

la prestazione per il Buono scuola, ANNO SCOLASTICO 2020/2021, da liquidare tramite:

**BUONO**  **IBAN** (SI/NO) sul C/C:

Indicare il codice IBAN se si chiede il pagamento sul C/C

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nel presente riquadro riportare i dati relativi ai familiari per i quali viene richiesta la prestazione

Cognome e Nome	<input type="text"/>	data di nascita	<input type="text"/>
grado di parentela	<input type="text"/>	codice fiscale:	<input type="text"/>
Cognome e Nome	<input type="text"/>	data di nascita	<input type="text"/>
grado di parentela	<input type="text"/>	codice fiscale:	<input type="text"/>
Cognome e Nome	<input type="text"/>	data di nascita	<input type="text"/>
grado di parentela	<input type="text"/>	codice fiscale:	<input type="text"/>
Cognome e Nome	<input type="text"/>	data di nascita	<input type="text"/>
grado di parentela	<input type="text"/>	codice fiscale:	<input type="text"/>

Dichiara di aver preso visione del Regolamento della C.I.A.L.A. – E.B.A.T. e di accettarne i contenuti.

Firma del lavoratore.....

Preso atto dei diritti riconosciuti dal Regolamento UE 2016/679 e dal Decreto n.101/18 del 10 agosto 2018 , acconsento al trattamento per tutti i dati qui forniti per le finalità e nei limiti necessari all’esecuzione dei servizi richiesti ed erogati.

Data  Firma del lavoratore.....

**N.B. LA DOMANDA EDITABILE, VA COMPILATA IN OGNI SUA PARTE,  
PENA LE SUA REIEZIONE.**

**Patronato / Sindacato** ..... Per Ricevuta .....