



## DOMANDA DI RICHIESTA CONTRIBUTI

Spett.le E.N.M.O.A.  
Viale Abruzzo,225  
66100 Chieti - CH

Il/La sottoscritto/a ..... Nato/a a ..... il .....

Residente a ..... Via/P.zza ..... n° ..... cap ..... Pr .....

Cod. Fisc. .... Tel/cell. .... email .....

IBAN .....

Titolare  Dipendente  della Azienda/Cooperativa .....

Indirizzo ..... n° ..... cap ..... Pr ..... Tel. ....

Fax ..... email .....

### CHIEDE a codesto Spett.le Ente

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> contributo per protesi o cure dentarie           | <input type="checkbox"/> contributo per occhiali da vista o lenti a contatto |
| <input type="checkbox"/> contributo per apparecchio acustico o ortopedico | <input type="checkbox"/> contributo matrimoniale                             |
| <input type="checkbox"/> contributo natalità                              | <input type="checkbox"/> sussidio funerario                                  |
| <input type="checkbox"/> fondo sostegno al Reddito                        | <input type="checkbox"/> .....   |

Il/La sottoscritto/a allega alla presente la seguente documentazione

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> certificato medico        | <input type="checkbox"/> fattura originale o autenticata |
| <input type="checkbox"/> stato di famiglia         | <input type="checkbox"/> certificato di nascita          |
| <input type="checkbox"/> certificato di matrimonio | <input type="checkbox"/> .....                           |

Firma .....

### DICHIARAZIONE DELL'AZIENDA O COOPERATIVA

Il/La dipendente ..... alle nostre dipendenze dal .....

con contratto  Full-Time  Part-Time

è tutt'ora in forza  è stato/a licenziato/a o dimesso/a in data .....

Nei mesi precedenti alla presente richiesta ha prestato la propria opera per n° ..... di ore di effettivo lavoro e sono stati versati i relativi contributi all' E.N.M.O.A.

*in fede*

Firma e timbro .....

Data .....