



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