

RICHIESTA PRESTAZIONE LAVORATORE

Codice riferimento

Il sottoscritto

Nome *	
Cognome *	
Nato a *	
il *	
Codice Fiscale *	
Telefono *	
Indirizzo *	
N. *	
Città *	
Cap *	
Prov. *	
E-mail *	
Dipendente dell'azienda	
Con sede a *	
N. *	
Città *	
Cap *	
Prov. *	
Partita IVA *	
Codice Fiscale Azienda *	
Telefono Azienda *	
Fax Azienda	
E-mail Azienda*	

CHIEDE UNA PRESTAZIONE

A FormaSicuro Nazionale - Ente Paritetico e Bilaterale Nazionale per la formazione professionale e la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, Via Cesare Beccaria 16 - 00196 Roma.

COMUNICA

i dati per l'erogazione del contributo da parte dell'Ente Paritetico e Bilaterale Nazionale:

Banca *	
Filiale di *	
Codice IBAN *	
Conto intestato a *	

DICHIARA

- ♦ Di contribuire a FormaSicuro Nazionale da almeno 6 mesi la data di presentazione della richiesta;
- ♦ Di non aver mai beneficiato del contributo in oggetto;
- ♦ Che il rapporto di lavoro con l'azienda che versa a FormaSicuro Nazionale è vigente.

ALLEGA

- ♦ A
- ♦ B
- ♦ C
- ♦ D

(i campi con l'asterisco sono obbligatori)