



ente bilaterale e organismo paritetico

**EBITEN Liguria**

In collaborazione con



Ente Bilaterale e Organismo Paritetico

**EBITEN**

Iscritto con Decreto Direttoriale n. 16/2023 al n. 4 nel Repertorio Nazionale degli Organismi Paritetici ai sensi del D.M. n. 171/2022

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DELLA BORSA DI STUDIO LIGURIA 2024**

**Il/la sottoscritto/a (cognome e nome richiedente)** \_\_\_\_\_

chiede con la presente di partecipare al Progetto Speciale Welfare indetto da E.BI.TE.N. Liguria, finanziato da E.BI.TE.N. Nazionale, per l'assegnazione della borsa di studio per lavoratori, studenti di istituti o scuole superiori o studenti universitari che abbiano conseguito il Diploma/Laurea nell'anno accademico 2022 - 2023.

Data: \_\_\_\_\_

Firma richiedente: \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AI DATI DEL RICHIEDENTE**

Nato a	Prov.	Il	C.F.
Residente in	Prov.	Via/Piazza	Cap
E-mail	Tel/Cell		
Diplomato presso (nome istituto e tipologia)			

Il/la sottoscritto/a, chiedendo di partecipare all'avviso, dichiara espressamente di accettare tutte le condizioni previste dal Regolamento, di accettare senza riserve il giudizio della Commissione di E.BI.TE.N. Liguria (artt. 6 e 7 del Regolamento) e che l'art. 3 del Regolamento è stato assolto.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa resa da E.BI.TE.N. ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e presta il consenso al trattamento dei propri dati personali.

Data: \_\_\_\_\_

Firma richiedente: \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AI DATI DEL LAVORATORE (GENITORE O EQUIPARATO)  
(NON COMPILARE SE A PARTECIPARE È IL LAVORATORE STESSO)**

Cognome		Nome	
Nato a	Prov.	Il	C.F.
Residente in	Prov.	Via/Piazza	Cap
E-mail	Tel/Cell		

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere (nome e cognome figlio/a) \_\_\_\_\_ fiscalmente a carico e che l'art. 3 del Regolamento è stato assolto.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa resa da E.BI.TE.N. ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e presta il consenso al trattamento dei propri dati personali.

Data: \_\_\_\_\_

Firma lavoratore: \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AI DATI DEL DATORE DI LAVORO**

Cognome		Nome		
Nato a	Prov.	Il	C.F.	
In qualità di (Titolare/Legale Rappresentante...)		Dell'impresa sita in (indicare la città, il paese)		Prov.
Via/Piazza (dell'impresa)		Cap	Matr. INPS	
Tel/Cell	Fax	E-mail		
IBAN AZIENDA				

Il/la sottoscritto/a, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso è punito ai sensi del Codice penale, delle leggi speciali e del D.P.R. 445/2000, DICHIARA, ai fini della presente domanda, di avere alle proprie dipendenze il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ e che i contributi ad E.BI.TE.N. risultano regolarmente versati.

**Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa resa da E.BI.TE.N. ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e presta il consenso al trattamento dei propri dati personali.**

Data: \_\_\_\_\_

Firma e timbro del datore di lavoro:

\_\_\_\_\_