



da trasmettere attraverso l'Area Aziende su www.enfea.it (associandola ad uno dei due lavoratori coinvolti nella formazione sull'utilizzo del defibrillatore)

Spett.le
ENFEA
VIA DELLA COLONNA ANTONINA, 52
00186 – Roma

RICHIESTA PRESTAZIONE AZIENDA

Il sottoscritto

Cognome: _____ Nome: _____

In qualità di rappresentante legale dell'azienda:

Ragione Sociale _____

Codice Fiscale: _____ P.IVA: _____

Matricola INPS: _____ Codice Contratto _____

Indirizzo sede: _____

Comune: _____ CAP: _____ Prov: (____)

Tel: _____ Cellulare _____ e-mail: _____

Nominativo da contattare:

Cognome: _____ Nome: _____

Tel: _____ Cellulare _____ e-mail: _____

COORDINATE BANCARIE AZIENDA

Codice IBAN

(compilare **INTEGRALMENTE**) COD.PAESE COD.CONTR. **CIN** **ABI** (5 CARATTERI NUMERICI) **CAB** (5 CARATTERI NUMERICI) **NUMERO CONTO CORRENTE** (12 CARATTERI ALFANUMERICI)

Banca e Filiale: _____ Intestato a: _____

CHIEDE di conseguire la **PRESTAZIONE**

a valere del fondo sostegno al reddito

K. acquisto e formazione sull'utilizzo defibrillatore

a tal fine allega la seguente documentazione

- copia degli F24 quietanzati con cui sono stati effettuati i versamenti ad ENFEA negli ultimi 3 mesi
- fattura di acquisto del defibrillatore completa di certificazione
- documentazione attestante la formazione teorico/pratica svolta su RCP e defibrillatore
- dichiarazione di frequenza dei due lavoratori coinvolti nella formazione

Il sottoscritto dichiara di aver letto il Regolamento erogazione prestazioni ENFEA in vigore dal 15.03.2019

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Data Compilazione: ___/___/_____ Timbro e firma dell'azienda: _____