



da trasmettere attraverso l'Area Aziende su www.enfea.it (associandola ad un lavoratore)

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

- T – contributo rimborso spese vaccinazione anti Covid effettuata in azienda**

a tal fine allega la seguente documentazione

- Attestazione delle spese effettivamente sostenute dall'azienda ai sensi del Protocollo per le vaccinazioni nei luoghi di lavoro del 6/4/2021
- Attestazione n° inoculazioni effettuate ai lavoratori dell'azienda sottoscritta dal personale medico competente.

Non si accettano autocertificazioni

Il sottoscritto dichiara di aver letto il Regolamento prestazioni ENFEA in vigore dal 15.3.2019 – revisione del 15.6.2021.

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: _____