

# MODULO RICHIESTA RIMBORSO DEFIBRILLATORI (FONDO SICUREZZA)

A PARTIRE DAL 01/06/2020 VERRANNO ACCETTATE ESCLUSIVAMENTE LE DOMANDE INVIATE TRAMITE L'AREA AZIENDA DEL PORTALE  
[www.entebilateralemetalmeccanici.it](http://www.entebilateralemetalmeccanici.it)

**IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE, FIRMATO, SCANSIONATO E QUINDI ALLEGATO ALLA DOMANDA.  
LA SUA MANCATA O PARZIALE COMPILAZIONE NON CONSENTIRA' LA LAVORAZIONE DELLA RICHIESTA.**

## DATI AZIENDA

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Matricola INPS \_\_\_\_\_

Indirizzo Sede \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

## NOMINATIVO DA CONTATTARE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Ruolo \_\_\_\_\_

**SI RICHIEDE** di conseguire una **PRESTAZIONE** a sostegno dell'Azienda  
per l'**ACQUISTO** di **APPARECCHI DEFIBRILLATORI**

## DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA PRESENTE

- 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

La prestazione verrà liquidata sul **Conto Corrente Aziendale** con le seguenti **COORDINATE BANCARIE**

Codice IBAN \_\_\_\_\_

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

## CON LA COMPILAZIONE DEL PRESENTE MODULO:

1. SI DICHIARA di aver letto il regolamento vigente disponibile anche sul sito E.B.M.: [www.entebilateralemetalmeccanici.it](http://www.entebilateralemetalmeccanici.it)
2. SI 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 di essere consapevoli, 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 di Compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Timbro e Firma Azienda \_\_\_\_\_