

ANNO 2018

RISERVATO ALLA C.E.P.

IO SOTTOSCRITTO

COGNOME E NOME		DATA DI NASCITA	
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
INDIRIZZO DI RESIDENZA			
Via <input type="text"/>		n° civico <input type="text"/>	
COMUNE	PROV.	C.A.P.	
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

PRESENTO

domanda di "CONTRIBUTO ASSISTENZA FISCALE" nei riferimenti dell'Accordo Sindacale territoriale del 16 Aprile 2018.

DICHIARO

che per il servizio di assistenza fiscale inerente la dichiarazione dei redditi anno 2018 per l'anno fiscale 2017 mi sono avvalso del C.A.A.F./C.A.F. di

DENOMINAZIONE

LOCALITA'

ALLEGO

la corrispondente fattura rilasciata dal C.A.A.F./C.A.F. sopra riportato, quale attestazione di avvenuto pagamento della prestazione professionale.

Nel ringraziare, con la firma di seguito apposta esprimo autorizzazione al trattamento dei miei dati personali nei riferimenti della normativa vigente.

Distinti saluti.

DATA

FIRMA DELL'INTERESSATO

SPAZIO RISERVATO ALLA C.E.P.

IMPRESA	<input type="text"/>	CODICE ISCRIZIONE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
ORE DENUNCIATE:	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>
	LAVORATE		C.I.G.		MALATTIA/INFORTUNIO		TOTALE
REGOLARITA' CONTRIBUTIVA:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
	SI		NO				
_____ FIRMA DEL RESPONSABILE			_____ FIRMA DEL DIRETTORE				

Tutela della privacy - Informativa

La CASSA EDILE POLESANA ai sensi ed in conformità della normativa vigente, informa che i dati raccolti con la presente domanda di prestazione saranno trattati esclusivamente da parte della medesima per le finalità funzionali all'erogazione del contributo.