

MODULO CONTRIBUTO VISITA DENTISTICA**COGNOME****NOME****COMUNE DI NASCITA****DATA****COMUNE DI RESIDENZA****CAP****INDIRIZZO****N°****CODICE FISCALE****CELLULARE****IBAN****GENITORE/CONIUGE DI****COGNOME e NOME****CODICE FISCALE**

Il/la sottoscritto/a, ☐ **lavoratore agricolo** ☐ **datore di lavoro** dichiara che nell'anno 2025 ha effettuato n° _____ giornate di lavoro con la qualifica di OTI/OTD presso l'azienda agricola _____ sita nel comune di _____ (ai sensi e nel pieno rispetto del Regolamento dell'Ente).

Ai sensi del Bando EBAT Potenza chiede che il contributo per☐ **Visita dentistica**
contributo €200,00☐ **Igiene dentale**
contributo €100,00**Allegati da presentare:**

- Copia fattura dentista;
- Copia documento di riconoscimento valido del richiedente;
- Attestato di titolarità del conto corrente (Certificazione codice IBAN);
- Copia ultima busta paga.

Ai sensi dell'art. 13 del Dlgs n. 196/2003, dichiara di acconsentire al trattamento dei suoi dati personali per le finalità strettamente connesse alla presente domanda.

Luogo e data _____ Firma _____