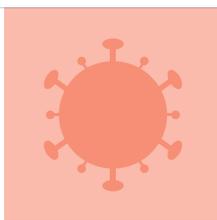


RISERVATO SPORTELLO

Prot. Domanda	Data Domanda
Sportello Gestione	Creazione Modulo



La domanda di contributo **va consegnata** agli Sportelli Ebav presso le OO.AA.



Contributo erogato previa verifica di:

- Requisiti previsti in Scheda Servizio
- Regolarità contributiva richiedente
- Disponibilità Risorse/Fondi dedicati al Servizio

RICHIESTA DI CONTRIBUTO - DATI ANAGRAFICI AZIENDA

Richiesta di contributo del sottoscritto:

Cognome _____ Nome _____ titolare legale rap.te _____ dell'azienda: titolare legale rap.te

Codice Fiscale/Partita Iva _____ Ragione Sociale _____ Telefono Aziendale _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____ Comune _____ Provincia _____

Contratto Artigiano _____ Matricola INPS _____

Contatti tramite cui ricevere notifiche/informazioni: sms e-mail

Contatti tramite cui ricevere documentazione/certificazioni: PEC Posta ordinaria

COORDINATE BANCARIE AZIENDA RICHIEDENTE PER ACCREDITO SU C/C

Codice IBAN _____

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Codice Nazione	CIN Internazionale	CIN	ABI	CAB	Conto Corrente																		

DICHIARAZIONI PER SPESE/EVENTI ANNO _____

- A) Azienda con soggetti posti in isolamento fiduciario con provvedimento dell'ASL**
 - numero soggetti ≤ 5 numero soggetti > 5 Data provvedimento _____
- B) Azienda il cui lavoratore è soggetto a quarantena post missione**
 - numero soggetti ≤ 5 numero soggetti > 5 Data ingresso in quarantena _____
- C) Accertamenti sanitari sui lavoratori "fragili"**
 - numero dipendenti _____ Dat fattura _____
- D) Acquisto materiale non sanitario per adempiere a prescrizioni**
 - Importo spesa (al netto di IVA) _____ Data ultima fattura _____
- E) Assenza dall'attività aziendale per provvedimento dell'ASL**
 - numero giorni di assenza _____ Data provvedimento _____

Spuntare una sola tipologia per domanda

DOCUMENTI OBBLIGATORI PER L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

- A)** Copia del provvedimento dell'ASL
- B)** Documentazione attestante evento
- C)**
 - Elenco lavoratori dipendenti
 - Copia delle fatture quietanzate
- D)** Copia delle fatture quietanzate
- E)** Copia del provvedimento dell'ASL o documento equivalente



Gradimento EBAV

DATA: _____ FIRMA TITOLARE E/O RAPPRESENTANTE LEGALE : _____



Elenco indicativo e suscettibile a variazioni: verificare nel Catalogo online, o presso gli Sportelli Ebav, i Servizi attivi

www.ebav.it

31 Gennaio

- A51** Sostegno agli investimenti
- A52** Sostegno al consolidamento degli impianti debitori

28 Febbraio

- A10** Accertamenti sanitari dei dipendenti
- A65** Assunzione disabili
- A80** Emissioni vetrerie

31 Marzo

- A12** Assunzione a tempo indeterminato di ex apprendisti
- A14** Innovazione
- A20** Acquisto di veicoli
- A41** Biologico legionellosi
- A58** Dipendente assente per maternità/paternità
- A67** Digital divide

31 Maggio

- A22** Borsa studio per figli titolari **T**
- A23** Acquisti e allestimenti trasporto merci
- A37** Formazione individuale aziende
- A40** Codice appalti
- A55** Antincendio e Primo Soccorso
- A66** Digitalizzazione aziendale
- A70** Iscrizione sani in azienda **T**
- A71** ASL Rafforzamento figura tutor aziendale
- A72** ASL Assistenza supporto co-progettazione
- A73** ASL Integrazione DVR

30 Giugno

- A11** Qualità
- A38** Promozione individuale
- A57** Spese sanitarie non previste dal SSN **T**

31 Luglio

- A09** Spese legali dissequestro automezzo
- A68** Stages ICT
- A82** CCRL Trasporto merci
- A85** Spese funerarie titolare **T**
- A86** Trascrizione cessazione azienda
- A87** Rinnovo CQC autisti

31 Dicembre

- A74** Apprendistato duale Rafforzamento figura tutor aziendale
- A75** Apprendistato duale Assistenza supporto co-progettazione
- A76** Apprendistato duale Integrazione DVR

! Variabile

Scadenza collegata a evento specifico



Servizi gestiti da Enti Convenzionati



T Servizi destinati a titolari (persone fisiche)

