CONTRIBUTO QUOTA ADDIZIONALE CIG IN DEROGA 2016

Via 1° Maggio, 142/C - 60131 Ancona - Tel. 0712900981 - Fax 0712916286 - PEC ebam.marche@sicurezzapostale.it

Spett.le EBAM-FSR

via 1° Maggio 142/c - 60131 Ancona

per il tramite di _____

Tel _____

La sottoscritta ditta _____ con sede in _____

via _____ CAP_____ tel._____ matricola INPS _____

P.I. _____ codice INPS/CSC _____ se ditta individuale dati

fiscali del titolare: nato a _____ il _____ residente

in _____ CAP_____ via _____

Il contributo sui costi derivanti dalla quota addizionale prevista nel caso di fruizione di periodi di Cassa Integrazione in Deroga

Alla presente si allega la seguente documentazione:

☐ Copia accordo sindacale aziendale
☐ Copia della richiesta di versamento del contributo addizionale del 3 per cento ricevuta da Inps
☐ Copia del mod. F24 attestante l'avvenuto pagamento da parte dell'impresa

Il contributo relativo potrà essere versato presso la Banca _____

Codice IBAN: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Restando a disposizione per ulteriori ed eventuali chiarimenti, si porgono distinti saluti

L'incompletezza e/o l'inesattezza di tutte le coordinate impedirebbe l'effettuazione del bonifico. Si richiede perciò la compilazione completa.

Timbro e firma

_____ , lì _____ _____

L'Ebam, qualora fosse necessario, **si riserva** la facoltà di chiedere ulteriori documenti **a completamento della pratica**.