



**Ente  
Bilaterale  
Artigianato  
Piemontese**



E.B.A.P Bacino \_\_\_\_\_

**Codice E.B.A.P** \_\_\_\_\_

Sede OO.SS. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

**Codice Attività** \_\_\_\_\_

Data Ricezione \_\_\_\_\_

Timbro e firma operatore \_\_\_\_\_

E.B.A.P Regionale

### **Domanda Sostegno alle Famiglie Contributo per nuclei familiari con disabili minori**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nat\_ a (Comune) \_\_\_\_\_, (Prov. o Stato estero) \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in (Via, Piazza, ecc) \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

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

(Prov. o Stato estero) \_\_\_\_\_, Cell/Tel/Fax \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_,

in qualità di <sup>1)</sup> \_\_\_\_\_

dell'impresa artigiana (ragione sociale) \_\_\_\_\_

cod. fiscale \_\_\_\_\_, cod. EBAP \_\_\_\_\_

avente sede in (indirizzo) \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_;

Eventuale recapito se diverso da quello di residenza

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Via/Corso \_\_\_\_\_

*NOTE: 1) dipendente, titolare, socio amministratore, socio non amministratore, coadiuvante.*

### **CHIEDE**

1) per il componente del nucleo familiare di età fino a 12 anni disabile ex art. 3 comma 1 L. 104/92

(cognome e nome) \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ debitamente certificato, l'erogazione del contributo

