

ASSEGNO DI INCOLLOCAMENTO INVALIDI DEL LAVORO

Al Comune di Genova
Direzione Politiche Sociali
Via di Francia, 3
6° piano – sala 30
16149 GENOVA

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a il.....,
Codice Fiscale.....
residente a..... in via.....n
CAP.....,
Telefono.....

in qualità di:

- ☐ Invalido del lavoro al.....%
- ☐ vedove di caduti sul lavoro o deceduti per malattie professionali

chiede di poter usufruire di un assegno di incollocamento per il seguente trimestre:

- ☐ Gennaio/febbraio/marzo
- ☐ Aprile/maggio/giugno
- ☐ Luglio/agosto/settembre
- ☐ Ottobre/novembre/dicembre

Il/la sottoscritto/a, anche per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679, dichiara di essere informato/a:

- ☐ che la domanda in esame è presentata tramite l'Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi del Lavoro;
- ☐ che i dati personali sopra riportati saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni necessarie alla valutazione e all'eventuale concessione delle prestazioni richieste.

FIRMA _____

Genova,

Cod. IBAN sul quale effettuare il versamento: