ALLEGATO D

		INPS di
		Via
		Spett.le
		AZIENDA
		con sede in
		Via
	e p.c.	Spett.le
		BANCA
		Filiale di
		Via
finanziamento agevolato previsto dall'Accordo per in competitività del sistema imprenditoriale della Procontenuto qui integralmente si richiama,		_
io sottoscritto/a		nato/a a
il		
VI CONFERISCO Mandato irrevocabile, ai sensi dell'art. 1723 comma 2 spettanti a titolo di trattamento di		
e precisamente sul c/c nilil		
Codice IBAN		•
L'Azienda in indirizzo dovrà pertanto riportare nel mo di cui sopra.		.

Spett.le

Mi impegno a dare comunicazione contestuale di ogni variazione inerente la mia situazione occupazionale che comporti la perdita anche temporanea del diritto all'integrazione salariale, all'INPS competente, all'Azienda, , alla Provincia di Ravenna e a questo Istituto di Credito.

Vi autorizzo, ai sensi del D.Lgs. 196/03, a trattare i dati personali esclusivamente per le finalità
connesse allo svolgimento dei procedimenti relativi all'Accordo del 18 marzo 2009 e nel rispetto
delle disposizioni vigenti in materia di tutela della riservatezza delle persone.

Distinti saluti.	
	FIRMA
Luogo e data	

In allegato:

- fotocopia documento d'identità ed eventuale permesso di soggiorno
- fotocopia codice fiscale