



E.B.A.M. MARCHE

Ente Bilaterale Artigianato

Il contributo è rivolto a tutti i lavoratori dipendenti delle aziende artigiane iscritte all'Ebam

CONTRIBUTO EVENTO ALLUVIONE 15/9/2022

L'EBAM mette a disposizione un contributo di **500 euro** una tantum a favore delle lavoratrici e dei lavoratori che hanno subito danni all'abitazione di residenza di uso abituale e continuativo, ubicata in uno dei comuni interessati dall'evento alluvione del 15/09/2022



Il contributo viene concesso ai seguenti soggetti titolari di diritto sull'immobile

Proprietario o comproprietario, locatario, comodatario o usufruttuario dell'immobile

Il modulo per la richiesta del contributo è disponibile sul sito www.ebam.marche.it in formato pdf editabile

*La domanda debitamente compilata e firmata dal beneficiario va inviata all'indirizzo di posta info@ebam.marche.it entro e non oltre il **30/06/2023***

Allegare all'atto di presentazione della domanda, la richiesta di contributo per il sostegno alla popolazione colpita dall'evento alluvione presentata presso il proprio Comune MODULO B1 disposto dalla regione Marche

*Per informazioni rivolgersi all'Ebam al numero **071/2900981** – interno 2*

Spett.le Ebam
Via 1° maggio 142/c
60131 Ancona

Oggetto: contributo EBAM di 500 euro per l'evento alluvione del 15/09/2022

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a _____ il _____
provincia _____ e residente in _____ via _____,
cap _____, COD. FISC. _____ dipendente della ditta _____,
matricola Inps _____ con la presente fa richiesta del contributo concesso dall'Ebam per i
danni subiti nella propria abitazione a causa dell'evento alluvione accaduto il 15/09/2022.

La domanda con allegati i documenti richiesti, va inviata entro e non oltre il 30/06/2023

al seguente indirizzo di posta: info@ebam.marche.it

_____, li _____

In fede

Documenti da allegare alla presente:

- *Copia della domanda presentata presso il proprio comune di residenza (**modulo B1 – disposto dalla Regione Marche**)*
- *Documento di riconoscimento del richiedente*
- *Coordinate bancarie del beneficiario _____*