**Spett.le FIMAVLA – EBAT Viterbo**
**Via Mantova, 4**
**01100 Viterbo**
**PEC fimavlaebatviterbo@pec.it**

Il/la sottoscritto/a, lavoratore agricolo, CHIEDE la **"Borsa di studio per diploma o laurea dei lavoratori e/o figli dei lavoratori"** conseguito/a nell'anno 2018, dichiara che nell'anno 2018 ha effettuato n° ……. giornate di lavoro con la qualifica di OTI/OTD presso l'azienda agricola ……..……..… sita nel comune di …….. e, all'uopo, dichiara sotto la propria responsabilità i seguenti dati:

Cognome e nome ……

nato/a a ……..…….. il ……..

residente in …….…… CAP ……...

in Via/Piazza …….…….. N° …….

Codice fiscale …….……Tel. ……

Conto Corrente IBAN: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Per la richiesta della **"Borsa di studio per diploma o laurea"** per il/la figlio/a diplomato/a o laureato/a nell'anno 2018 dichiara i dati anagrafici dello/a stesso/a:

Cognome e nome …….……...

nato a …… il ……. C.F. …….……..

**Informativa al trattamento dei dati personali (D.Lgs. n. 196/03 e ss.mm.ii. – T.U. sulla Privacy)**

Il/la sottoscritto/a, con la sottoscrizione del presente documento, ***presta il proprio consenso*** per il trattamento dei dati personali, che verranno trattati ai fini del D.Lgs. n. 196/03 per gestire l'erogazione della borsa di studio per diploma o laurea. Titolare del trattamento dei dati sarà il FIMAVLA – EBAT Viterbo.

Tutti i dati forniti verranno trattati manualmente o con strumenti informatici e non saranno comunicati a persone o soggetti diversi dal FIMAVLA – EBAT Viterbo.

Il Titolare garantisce che saranno rispettati i diritti contemplati dall'art. 7 del D.Lgs. n. 196/03, ivi compreso il diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero, qualora l'interessato ne avesse la necessità, l'integrazione dei dati ed il rispetto del diritto dell'interessato stesso di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento dei dati personali.

Data …… Firma del richiedente ….……..

## ATTESTAZIONE DELLA DITTA

Il sottoscritto …….…….…….. titolare/rappresentante legale dell'azienda agricola ……..…….C.F. …….
esercente attività agricola nel Comune di ……...
dichiaro che il lavoratore/la lavoratrice sig./ra ……..……
nell'anno 2018 è stato/a alle dipendenze di questa azienda agricola con la qualifica di operaio ……. effettuando N° …..…… giornate di lavoro.
Per le stesse ho regolarmente pagato i contributi richiesti dall'INPS, ivi comprese le somme destinate al Fondo Integrazione Malattia Infortuni.
Data …… Firma e timbro dell'azienda ……..……

**Allega alla presente copia della seguente documentazione:**

- Fotocopia diploma di maturità o laurea triennale o magistrale
- Fotocopia documento di riconoscimento

**N.B. la mancata presentazione della prescrizione attestante il titolo di studio conseguito, la mancata indicazione dell'IBAN, le firme non in originale e della copia del documento di riconoscimento, la mancata regolarità contributiva della Ditta non consente il pagamento di nessun indennizzo da parte del Fondo.**

Per informazioni sullo stato della pratica: info@fimavlaviterbo.it; Tel. 0761/2351209 – Fax 0761/2351224

L'inoltro al Fondo della presente richiesta può essere fatto per raccomandata o per PEC entro e non oltre il 31/05/2019.