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

Il sottoscritto, datore di lavoro, CHIEDE che gli venga corrisposto il contributo per Covid – 19 per contagio diretto e, all'uopo, dichiara sotto la propria responsabilità i seguenti dati:

Cognome e nome ……
nato a ……..…….. il ……..
residente in …….…… CAP ……...
in Via/Piazza …….…….. N° …….
Codice fiscale …….……Tel. ……
Comune ubicazione azienda ……..
Conto Corrente IBAN: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CHIEDE IL CONTRIBUTO PER MALATTIA COVID COVID – 19

Dal giorno ……..……. al giorno …..…….. ed allega alla presente, in copia, la documentazione attestante l'inizio e la fine dell'evento (certificati medici e/o documentazione sanitaria attestante il contagio).

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 e ss.mm.ii. per gestire l'erogazione del contributo Covid – 19. 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 e ss.mm.ii., 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 nell'anno 2021 ha alle dipendenze N° …… operai agricoli o florovivaisti.
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 ……

ALLEGATI:
- **Certificati medici /ASL attestanti il contagio**
- **Fotocopia documento di riconoscimento**

N.B. la mancata presentazione dei certificati attestanti l'evento, la mancata indicazione dell'IBAN, le firme non in originale e della copia del documento di riconoscimento non consente il pagamento di nessun contributo 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.