

[illegible]

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 rettificazione 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 della richiedente

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 2022 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 e all'Assistenza Contrattuale Provinciale.

Data Firma e timbro dell'azienda

- Prescrizione del medico specialista dentista
- Fotocopia fattura acquisto protesi dentarie
- Fotocopia documento di riconoscimento

L'invio al Fondo della presente richiesta può essere fatto per raccomandata o per PEC entro e non oltre il 28/02/2023.