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

Il sottoscritto, operaio agricolo, CHIEDE che gli venga corrisposta l'integrazione prevista dal vigente C.P.L. per gli operai agricoli e florovivaisti della Provincia di Viterbo 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. ……
*Conto Corrente IBAN: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice fiscale del coniuge (anche se fiscalmente non a carico) …….……

*E-mail ……

CATEGORIA (1) ……..…… QUALIFICA (2) …….

CHIEDE L'INTEGRAZIONE PER IL SEGUENTE EVENTO:

Per malattia ☐ **Per infortunio** ☐ (barrare la casella interessata)

Dal giorno …….……. al giorno …..……..(di cui ricovero in ospedale dal ……. al …..…) ed allega alla presente, in copia, la documentazione attestante l'inizio e la fine dell'evento (certificati medici e tagliandi degli assegni di liquidazione degli eventi da parte dell'INPS o dell'INAIL, copia delle buste paga per i periodi malattia per gli OTI).
Dichiaro, inoltre, che nell'anno precedente l'evento di cui richiedo l'integrazione ho lavorato alle dipendenze dell'azienda agricola ……..
ubicata in Comune di …… effettuando presso la stessa N° …... giornate.

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 trattamento di integrazione delle indennità di malattia ed infortunio. 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 il/la sig./ra ……..……
nell'anno …….(**precedente l'evento**) 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 ……

(1) specificare Operaio a Tempo Indeterminato (ex Salariato Fisso) oppure Operaio a Tempo Determinato o Apprendista;
(2) se a Tempo Indeterminato precisare: 3à area 1° livello ex Comune, 2à area 2° livello ex Qualificato, 2à area 1° livello ex Qualificato Super, 1à area 2° livello ex Specializzato, 1à area 1° livello ex Specializzato Super.

N.B. la mancata presentazione dei tagliandi di liquidazione dell'evento INPS o INAIL, le copie delle buste paga degli OTI per i periodi di malattia, la mancata indicazione dell'IBAN, le firme non in originale e della copia del documento di riconoscimento 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.
***I campi contrassegnati dall'asterisco sono dati obbligatori**