

COD.ASS. | |

Il sottoscritto, **lavoratore agricolo**, **CHIEDE** che gli venga corrisposta l'integrazione prevista dal C.P.L. vigente per gli operai agricoli e florovivaisti della Provincia di Potenza e dichiara sotto la propria responsabilità (ai sensi e nel pieno rispetto del Regolamento dell'Ente) i seguenti dati:

Cognome e nome

nato a il

residente in CAP

in Via/Piazza N°

Codice fiscale Tel.

C/C IBAN: |

CATEGORIA **QUALIFICA**

CHIEDE L'INTEGRAZIONE PER IL SEGUENTE EVENTO:

MALATTIA ☐ **INFORTUNIO** ☐ (barrare la casella interessata)

dal giorno al giorno (di cui, per ricovero in ospedale dal al)

Dichiaro, inoltre, che nell'anno precedente l'evento di cui richiedo l'integrazione ho lavorato alle dipendenze dell'azienda agricola ubicata nel Comune di effettuando presso la stessa n° giornate.

Informativa al trattamento dei dati personali (D.Lgs. n. 196/03 – 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 del trattamento di integrazione delle indennità di malattia ed infortunio. Titolare del trattamento dei dati sarà EBAT POTENZA.

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

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/la sig./ra nell'anno (**precedente all'evento**) è stato/a alle dipendenze di questa azienda agricola con la qualifica di effettuando n° giornate di lavoro.

Data

Firma e timbro dell'azienda

Allegati da presentare:

1. Provvedimento di liquidazione dell'evento tutelato (INPS o INAIL);
2. Copie buste paga (solo per OTI);
3. Copia documento di riconoscimento valido del richiedente.

L'inoltro dell'istanza può essere effettuato per Raccomandata (o PEC) o per il tramite della propria Organizzazione Sindacale (o Ente di Patronato di riferimento) alla quale si aderisce o si conferisce mandato e firmataria del CPL di Potenza (FLAI CGIL, FAI Cisl, UILAUIL, CONEAGRICOLTURA, COLDIRETTI, CIA) (barrare)

1 u

2 i

3 o

4 p

5 e

6 a