

MODULO INTEGRAZIONE MALATTIA/INFORTUNIO**COGNOME****NOME****COMUNE DI NASCITA****DATA****COMUNE DI RESIDENZA****CAP****INDIRIZZO****N°****CODICE FISCALE****CELLULARE****IBAN**

Il/la sottoscritto/a, **lavoratore agricolo datore di lavoro** dichiara che nell'anno 2025 ha effettuato n° _____ giornate di lavoro con la qualifica di OTI/OTD presso l'azienda agricola _____ sita nel comune di _____ (ai sensi e nel pieno rispetto del Regolamento dell'Ente).

Ai sensi del Bando EBAT Potenza chiede che l'integrazione per :

☐ **MALATTIA**☐ **INFORTUNIO****dal giorno****al giorno**

Di cui, per ricovero in ospedale

dal giorno**al giorno**

Allegati da presentare:

- Provvedimento di liquidazione dell'evento tutelato (INPS o INAIL);
- Ultime 3 buste paga;
- Copia documento di riconoscimento valido del richiedente;
- Attestato di titolarità del conto corrente (Certificazione codice IBAN).

Ai sensi dell'art. 13 del Dlgs n. 196/2003, dichiara di acconsentire al trattamento dei suoi dati personali per le finalità strettamente connesse alla presente domanda.

Luogo e data _____

Firma _____