

**AL FONDO INTEGRAZIONE MALATTIE INFORTUNI – ENTE BILATERALE AGRICOLO
GROSSETO**

F.I.M.I.A.V. E.B.A. – Via Aurelia Antica, 46 – Grosseto – tel.0564-438634

mail: fimiaveba.gr@gmail.com **pec :** fimiavgr@pec.it

OGGETTO: Richiesta contributo integrativo malattie infortuni

Il Sottoscritto _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

Residente a _____ Via _____ n. _____ Cap _____

Cellulare _____ mail: _____

dipendente quale operaio O.T.I./O.T.D.⁽¹⁾ ⁽²⁾ _____

dell'Azienda Agricola denominata _____

sita nel Comune di _____ in località _____

di cui è titolare il Sig./la Società _____

chiede

che gli sia concesso il contributo integrativo previsto dal Contratto Provinciale di Lavoro per
malattia – infortunio ⁽¹⁾ dal _____ al _____

Allega alla presente, come prescritto, il tagliando di liquidazione dell'indennità corrisposta dall'INPS/ INAIL ⁽¹⁾
attestante il numero delle giornate indennizzate. INPS OTI certificato medico e busta paga del mese in
malattia.

Distinti saluti.

Firma _____

Firma e timbro dell'Azienda

IBAN

⁽¹⁾ Cancellare la voce che non interessa ⁽²⁾ Indicare l'area ed il Gruppo di appartenenza, ovvero la qualifica

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto da F.I.M.I.A.V. E.B.A. l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679, unitamente a copia degli art. 15, 16, 17 e 18, del medesimo accettandone e comprendendone il contenuto ed esprime il proprio CONSENSO al trattamento dei propri dati personali per le finalità riportate nell'informativa stessa, con particolare riguardo alla loro comunicazione all'istituto di credito per la liquidazione dell'indennità e per le altre comunicazioni per le

**AL FONDO INTEGRAZIONE MALATTIE INFORTUNI – ENTE BILATERALE AGRICOLO
GROSSETO**

F.I.M.I.A.V. E.B.A. – Via Aurelia Antica, 46 – Grosseto – tel.0564-438634

mail: fimiaveba.gr@gmail.com **pec :** fimiavgr@pec.it

attività istituzionali svolte dal Fondo. Presta infine esplicito consenso per il trattamento dei dati “sensibili” nell’ambito delle finalità e secondo le modalità indicate nell’informativa.

Firma _____

APPROVATO IL	GIORNATE	INTEGRAZIONE	FIRME
_____	<u>MALATTIA</u> n.	€	_____
_____	<u>INFORTUNIO</u>	_____	_____