



Assistenza Integrativa Braccianti Agricoli

Via Aeronautica, 22 R.E. tel. 0522 232458 fax 0522 275105

E-mail: info@comitatoimi.it

www.comitatoimi.it

Domanda n	del
Liquidazione n	del
spazio riservato al Comitato	

Domanda Integrazione O.T.I.

Il sottoscritto _____ residente a _____ telefono _____

Via _____ Proprietario Affittuario Amministratore

dell'Azienda agricola _____ sita in _____

nella sua qualità di datore di lavoro del lavoratore _____

nato a _____ il _____ residente a _____

Via _____ n _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

il rimborso del salario anticipato al proprio dipendente per il periodo di

MALATTIA allegati: copia busta paga, foglio presenze e certificato medico

INFORTUNIO allegati: liquidazione INAIL, copia busta paga e foglio presenze

C.I.S.O.A. allegati: autorizzazione INPS, copia busta paga e foglio presenze

MATERNITÀ allegati: autorizzazione INPS e copia busta paga

dal _____ al _____

Dichiara

- che il sopraddetto lavoratore è alle dipendenze dell'azienda in qualità di **Salariato Fisso** dal _____ con la qualifica di:

Specializzato Super

Specializzato

Qualificato Super

Qualificato

Comune

Apprendista con qualifica _____

che l'orario di lavoro è **Tempo Pieno** **Part-Time** **ore settimanali** _____

- che l'azienda ha già anticipato al suddetto lavoratore, il quale con la propria firma ne attesta la veridicità, le competenze salariali previste dal C.I.P.L.

Modalità di rimborso: Assegno Bonifico

intestato a _____ residente a _____

Via _____ n _____ telefono _____

Dati per bonifico: Codice Fiscale _____ P. IVA _____

Coordinate Bancarie: IBAN _____ ABI _____ CAB _____ C/C (12 cifre) _____

Firma del lavoratore

Firma del Dichiarante o Ufficio/Associazione delegato/a

E' a conoscenza di quanto previsto dal Informativa sul trattamento dei dati personali ex artt. 13-14 Reg.to UE 2016/679 sul trattamento dei propri dati personali, ivi compresi i dati sensibili e consente il loro trattamento per il conseguimento delle finalità del presente mandato e degli scopi dell'Ente.

Documentazione allegata: informativa ex artt. 13-14 Reg.to UE 2016/679 da presentare solo alla prima richiesta.

Firma del Dichiarante

li _____

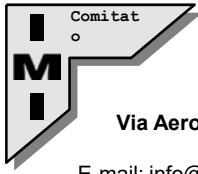
N.B.

- la domanda deve essere compilata in ogni sua parte e presentata non oltre il 30 aprile dell'anno successivo l'evento.

- le domande presentate fuori termine saranno accettate solo nel caso in cui la documentazione INPS/INAIL porti un timbro postale che giustifica il ritardo.

- le domande con indicazioni non esatte verranno annullate, salvo il fatto costituisca reato grave.

- l'erogazione delle prestazioni è subordinata al pagamento dei relativi contributi da parte del Datore di Lavoro.



Assistenza Integrativa Braccianti Agricoli

Via Aeronautica, 22 R.E. tel. 0522 232458 fax 0522 275105

E-mail: info@comitatoimi.it

www.comitatoimi.it

Domanda Integrazione O.T.I.

ALLEGATO: INFORMATIVA EX ARTT. 13-14 REG.TO UE 2016/679

Artt. 13 - 14 Reg. Ue 2016/679: Assistenza Integrativa Braccianti Agricoli Comitato I.M.I tratta i suoi dati personali per adempiere alle normali operazioni derivanti da obbligo di legge o contrattuale con le modalità indicate nell'informativa. I dati saranno comunicati ai soggetti esterni necessari per l'erogazione dei servizi. Ai fini dei servizi erogati il trattamento potrebbe comprendere anche dati particolari come definito nell'art.9 del Regolamento Europeo 2016/679. In qualunque momento potranno essere esercitati dagli interessati i diritti di cui artt. 15 e seguenti del Reg UE e richiedere l'informativa completa scrivendo a info@comitatoimi.it oppure contattando l'azienda ai recapiti aziendali oppure nella sezione privacy del sito. Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) designato dal titolare ai sensi dell'art. 37 del GDPR è disponibile scrivendo a dpo@comitatoimi.it.