



Arrivata il _____
Prot. N° _____

La domanda deve essere presentata **non oltre il 31 marzo** dell'anno successivo a quello di inizio infortunio.

data, _____

E.B.T.A.
Via Guardini, 63 – 38121 TRENTO
tel 0461/915547 email: cimlag@virgilio.it
pec: cimlag@pec.it ebta.tn@pec.it
sito: www.cimlag-tn.it

**Orario apertura al pubblico
con appuntamento telefonico
LUN-MAR-MER 8.30-12.00**

Il/La sottoscritto/a _____ Codice fiscale _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

Frazione _____ Cap _____ Via _____

Indirizzo e-mail _____ Telefono _____

IBAN: IT _____ Banca _____

(Pagamento tramite bonifico bancario. Il costo di eventuale bonifico bancario internazionale sarà a carico del beneficiario.)

CHIEDE L'EROGAZIONE DELL'INTEGRAZIONE PER

INFORTUNIO

Dal _____ al _____

ALL'UOPO DICHIARA

Di aver prestato durante il periodo per il quale viene richiesta l'integrazione, o di prestare la propria attività presso l'azienda agricola (ragione sociale) _____

sita nel Comune di _____ con la qualifica _____

a tempo indeterminato
(salariato fisso)

a tempo determinato
il rapporto di lavoro è iniziato il _____
e terminato o terminerà il _____

N.B. VERRA' INTEGRATA L'INDENNITA' LIMITATAMENTE ALLE GIORNATE COMPRESSE NEL PERIODO D'ASSUNZIONE.

FISSI: allegare copia busta/e paga relativa al periodo di infortunio – copia del provvedimento liquidazione INAIL

STAGIONALI: allegare copia busta/e paga relativa al periodo di infortunio – copia del provvedimento INAIL e dichiarazione UNILAV (ricevuta della comunicazione di assunzione)

Il richiedente



Informativa ai sensi dell'art. 13 Regolamento Europeo n. 679/2016

Ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/2016 La informiamo che E.B.T.A raccoglie i suoi dati personali al fine di poter procedere al riconoscimento delle domande di integrazione per malattia/infortunio o per prestazioni sanitarie/oculistiche/dentarie/cisao o maternità previste e da lei sostenute. Il trattamento dei suoi dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza e verrà effettuato dal nostro personale debitamente istruito e sostenuto agli obblighi di condotta riservata, sia mediante supporti cartacei, sia attraverso l'ausilio di strumenti elettronici.

Le ricordiamo che è possibile recarsi presso i Patronati di categoria per compilare il modulo della domanda.

Sarà cura dello stesso Patronato trasmettere il modulo da lei compilato al nostro ufficio.

Le chiediamo di fornirci i suoi dati anche mediante specifici documenti:

- copia del certificato medico, copia della busta paga e copia del provvedimento di liquidazione INPS o INAIL) che sono necessari per l'erogazione dell'integrazione richiesta in caso di malattia/ infortunio.
- copia busta paga, copia delle fatture delle prestazioni effettuate nel caso di richiesta integrazione prestazioni sanitarie/cure dentarie/prest. oculistiche.
- copia busta paga, copia dello stato di famiglia dal quale risulti la data di nascita o di adozione del bambino nel caso di richiesta integrazione maternità/adozione.

La informiamo che in mancanza di questi suoi dati sarà impossibile per E.B.T.A adempiere alla sua richiesta di integrazione.

I suoi dati personali saranno da noi comunicati al Comitato di Gestione per l'approvazione della domanda presentata come previsto dall'art. 11 della Convenzione che regola la Cassa Provinciale Indennità Malattia per i lavoratori agricoli della provincia di Trento.

A seguito della liquidazione della sua pratica le verrà inviato il documento di dettaglio calcolo integrazione e, ove prevista, la certificazione unica (CU) nel mese di febbraio dell'anno successivo alla liquidazione della domanda.

Verrà conservata presso E.B.T.A tutta la documentazione richiesta per l'espletamento degli obblighi di legge e per le finalità amministrative nei limiti e nei tempi necessari.

Per esercitare i Suoi Diritti di accesso, rettifica, portabilità dei suoi dati, Lei potrà rivolgersi in qualunque momento al Titolare del trattamento che è E.B.T.A. Trento Via Gardini 63. Il responsabile del trattamento è il Presidente pro tempore dell'Ente - contatto email: cimlag@virgilio.it

data, _____

Firma dell'interessato
