



Arrivata il \_\_\_\_\_  
Prot. N° \_\_\_\_\_

La domanda deve essere presentata **non oltre il 31 marzo** dell'anno successivo a quello della data fattura.  
L'integrazione è pari al 100% della spesa documentata

data, \_\_\_\_\_

## E.B.T.A

Via Guardini, 63 – 38121 TRENTO

tel 0461/915547 email: [segreteria@ebta.it](mailto:segreteria@ebta.it)

pec: [ebta.tn@pec.it](mailto:ebta.tn@pec.it)

sito: [www.ebta.it](http://www.ebta.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

## PRESTAZIONI SANITARIE

### 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. L'INTEGRAZIONE VIENE ESTESA ANCHE PER PRESTAZIONI IN LIBERA PROFESSIONE CON UN MASSIMO DI € 50,00 A FATTURA.**

**Le prestazioni sostenute dai familiari a carico sono integrate nella misura del 50%. Allegare lo stato di famiglia.**

**Saranno rimborsate le sole fatture con data compresa nel periodo di assunzione.**

**Il lavoratore deve aver effettuato nell'anno in corso o in quello precedente almeno 51 giornate lavorate in agricoltura**

**Per i lavoratori a part/time l'integrazione verrà calcolata in base alla loro percentuale.**

**FISSI:** allegare copia fatture – copia busta paga.

**STAGIONALI:** allegare copia fatture, copia busta paga e dichiarazione UNILAV (ricevuta della comunicazione di assunzione)  
L'integrazione sarà calcolata tenendo conto del rapporto giornate lavorate/180.

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, licenziamento oti, maternità e congedo parentale, o per prestazioni sanitarie/oculistiche/dentarie/cisoa 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 buste paga, copia della lettera di licenziamento, documentazione attestante l'anzianità nel settore nel caso di richiesta integrazione di licenziamento oti;
- copia busta paga, copia delle fatture delle prestazioni effettuate nel caso di richiesta integrazione prestazioni sanitarie/cure dentarie e 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 e congedo parentale;
- copia busta paga, copia della domanda all'INPS per la concessione della CISOA nel caso di richiesta integrazione CISOA 20%.

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 dello Statuto di E.B.T.A..

A seguito della liquidazione della sua pratica le verrà inviato il documento di dettaglio calcolo integrazione e, ove prevista, la certificazione unica (CU) entro i termini di legge.

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 Guardini 63. Il responsabile del trattamento è il Presidente pro tempore dell'Ente – contatto email: [segreteria@ebta.it](mailto:segreteria@ebta.it)

data, \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato

\_\_\_\_\_