



DOMANDA PER TRATTAMENTO

- ART. 6 ORDINARIO
 ART. 7 STRAORDINARIO

PROTOCOLLO N.

DEL

TIMBRO

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____

il _____ residente nel comune di _____ prov. _____

via _____ n. ____ c.f. _____

tel.* _____ e mail: * _____

***indicare la mail perché in seguito alle prestazioni art. 6 viene generata una CU che provvederemo ad inviarvi. Il numero di cellulare è obbligatorio nel caso dovessimo contattarvi per inesattezze o pratiche incomplete.**

Preso visione del regolamento sulle attività assistenziali disposte da questo Ente Bilaterale a favore dei lavoratori agricoli della provincia di _____

CHIEDE

Di usufruire delle indennità integrative per trattamento ordinario disposto da art. 6:

MALATTIA / **INFORTUNIO** / **MATERNITA' A RISCHIO**

dal _____ **al** _____

dal _____ **al** _____

di usufruire del contributo per trattamento straordinario disposto da art. 7:

DENTISTA / **OCCHIALI, LENTI A CONTATTO** / **ORTOPEDICO** **PROTESI ACUSTICA**

INDENNITA' DI DECESSO * / **PREMIO LAUREA** **SPESE LIBRI SCOLASTICI**

CONTRIBUTO SPESE UNIVERSITARIE **SUSSIDIO STRAORD. FAMIGLIA NUMEROSA**

SUSSIDIO STRAORD. FIGLIO CON HANDICAP

Per le pratiche Straordinarie relative all'art 7 si ricorda che la parte ricevuta a rimborso non si può portare in detrazione in dichiarazione dei redditi.

***relativamente all'indennità di decesso si precisa che: Tale prestazione ha natura unitaria e gli eredi legittimi o affini dell'iscritto defunto sono creditori in solido dell'EBAL ex art. 1292 c.c.; la domanda può essere presentata da uno solo e l'adempimento verso questi libera E.B.A.L. anche verso altri.**

Allo scopo dichiara:
di essere stato iscritto/a per l'anno *20___(**indicare l'anno in corso o l'anno precedente**) negli elenchi anagrafici dei lavoratori agricoli del Comune di _____ con giornate n. _____

e di aver prestato la sua opera presso l'Azienda Agricola:
_____ via _____ comune di _____

in qualità di (1): Operaio a tempo **INDETERMINATO** - Operaio a tempo **DETERMINATO**

con qualifica di (2) :

Comune; Qualificato; Qualificato super; Specializzato; Specializzato super

In fede(il lavoratore)

.....

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' (3)

Il sottoscritto _____ **titolare dell'az. Agricola** _____

Codice fiscale _____ **n. tel.** _____

e-mail *campo obbligatorio _____

mail PEC *campo obbligatorio _____

sita nel comune di _____ **(prov _____) Via** _____

DICHIARA

Che il sig. _____
Ha prestato la sua opera in qualità di operaio agricolo con la qualifica di _____ OTI OTD
e nel corso dell'anno 20___(**indicare l'anno in corso o l'anno precedente**)_ ha svolto presso questa azienda complessivamente gg. N. _____ di lavoro regolarmente denunciato all'**INPS** di _____
Dichiara inoltre di avere regolarmente versato i contributi dovuti all' E.B.A.L. e di impegnarsi a versare per l'anno in corso il contributo giornaliero dovuto all' E.B.A.L. così come regolamentato dal vigente CONTRATTO INTEGRATIVO PROVINCIALE DI LAVORO per gli operai agricoli/florovivaisti

Data.....

in fede(Firma e timbro del datore di lavoro)

Note: (1/2) barrare la casella riferita alla categoria e alla qualifica. 3) tutti i campi in neretto sono obbligatori

IMPORTANTE! TIMBRO E FIRMA DEL DATORE DI LAVORO E' OBBLIGATORIO.

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679
("REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI")**

La informiamo che, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016 del parlamento europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016 (di seguito "regolamento") il trattamento dei Suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando in ogni caso la riservatezza degli stessi,

Al riguardo si informa che:

- i dati personali da Lei forniti o da noi acquisiti nell'ambito dell'attività istituzionale, relativi in particolare ai rapporti lavorativi con aziende agricole, verranno trattati per il raggiungimento delle finalità istituzionali, connesse e strumentali all'attività dell'E.B.A.L. nonché per lo svolgimento di tutte le attività che l'E.B.A.L. espleta ai sensi della contrattazione collettiva di settore;
- i trattamenti di cui al punto precedente avverranno mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potranno avvenire anche attraverso l'utilizzo di strumenti automatizzati (supporto magnetico e/o telematico).

Il conferimento dei dati è limitato a quelli necessari per le attività suindicate.

I suoi dati sono utilizzati per la compilazione delle domande di integrazione/infortunio, maternità, etc e per l'esecuzione degli adempimenti di legge di carattere in materia fiscale e previdenziale, come ad esempio, l'invio telematico al Ministero delle Finanze dei modelli 770, dei modelli CUD, etc.

Si informa, inoltre, che i dati personali in nostro possesso, ferma restando la correttezza e liceità del loro trattamento, possono essere comunicati per ragioni istituzionali ad organismi pubblici o privati con particolare riguardo alla funzione di sostituto d'imposta svolto dalla cassa ed al fine della liquidazione delle pratiche di integrazione.

I suoi dati saranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o per il maggior periodo richiesto dalla legge.

Ci corre l'obbligo di comunicarLe, ai sensi dell'art. 13 citato Regolamento, che l'eventuale rifiuto ad acconsentire ai trattamenti suddescritti ed alla loro comunicazione ai soggetti appartenenti alle categorie indicate, comporterà la mancata esecuzione delle operazioni e dei servizi indicati nella presente informativa.

Le comunichiamo, infine, che il titolare del trattamento è l'Ente Bilaterale dell'agricoltura della Liguria denominato E.B.A.L. con sede in provincia di Imperia, nella figura del suo legale rappresentante.

Ai sensi dell'art. 13, comma 2 del citato Regolamento UE 679/2016, La informiamo che Le sono garantiti numerosi diritti. Tra questi, Le ricordiamo il diritto di ottenere dal Titolare l'accesso ai Suoi dati personali, la rettifica, la cancellazione o la limitazione del trattamento e la portabilità degli stessi. Per l'esercizio di tali diritti potrà scrivere a E.B.A.L. alla mail info@pec.ebal.it

Nel confidare nella Sua fattiva collaborazione per consentirci di operare nel pieno rispetto della legge, La invitiamo a sottoscrivere ed a restituirci nel più breve tempo possibile l'allegata dichiarazione di consenso.

E.B.A.L. Ente Bilaterale dell'agricoltura della Liguria

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto (dipendente)..... in relazione alla informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 del parlamento europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016, esprime il consenso e quindi acconsente al trattamento dei propri dati personali per il perseguimento delle finalità istituzionali dell'**E.B.A.L. Ente Bilaterale dell'agricoltura della Liguria** nonché per la realizzazione delle attività descritte nell'informativa.

Esprime altresì il consenso per la comunicazione e diffusione dei dati a soggetti terzi appartenenti alle categorie individuate nella suddetta informativa.

Esprime, infine, il suo consenso per i trattamenti dei dati personali ritenuti "sensibili", avendo avuto conoscenza che i dati medesimi possono rientrare nell'ambito di tale categoria.

Firma (del lavoratore) _____

ALLEGATI

Allegare alla presente domanda la seguente documentazione:

- codice fiscale e carta identità
- per integrazione malattia OTD: prospetto di liquidazione dell'INPS e busta paga del mese/i in cui si è verificato l'evento, certificato medico;
- per integrazione malattia OTI, copia della busta paga dalla quale risulti l'anticipazione dell'indennità da parte del datore di lavoro, certificato medico;
- per integrazione infortunio OTI e OTD: prospetto di liquidazione dell'INAIL e busta paga del mese/i in cui si è verificato l'evento, certificato medico;
- per maternità a rischio: certificato del medico ginecologo attestante la data presunta del parto e provvedimento della competente Direzione Provinciale del Lavoro di interdizione lavorativa;
- per art. 7/A indennità di decesso, allegare la dichiarazione di successione presentata in Agenzia delle Entrate.
- per art. 7/B rimborso spese dentista, occhiali, apparecchi ortopedici ed acustici allegare fattura o scontrino fiscale.
- per art.7/C:rimborso spese universitarie: dichiarazione di regolarità da parte della segreteria universitaria.
- per art 7/D premio laurea: attestazione della votazione conseguita.
- per art 7/E (lettera a) : Mod. ISEE
- per art 7/E (lettera b) : Mod. ISEE e certificato attestante l'handicap
- per art. 7/F: scontrino o fattura di acquisto libri

- **fotocopia IBAN obbligatoria per tutte le pratiche**

Se la richiesta è per un familiare, allegare fotocopia della pagina della dichiarazione dei redditi denominata "familiari a carico".

Non si accettano piu' autocertificazioni.