

La domanda deve essere presentata non appena in possesso del provvedimento INAIL (talloncino), e comunque **non oltre il 31 marzo** dell'anno successivo del avvenuto pagamento da parte dell'ente di competenza.

CASSA INTEGRAZIONE MALATTIA  
LAVORATORI AGRICOLI C.I.M.L.Ag.  
  
Arrivata il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
  
Prot. N° \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI INTEGRAZIONE PER INFORTUNIO**

Data, \_\_\_\_\_

**Spett.le C.I.M.L.Ag.**  
**Via Giusti, 40 – Trento**  
**Tel e Fax 0461/915547**  
e-mail: [cimlag@virgilio.it](mailto:cimlag@virgilio.it)  
sito: [www.cimlag-tn.it](http://www.cimlag-tn.it)  
orario di apertura: mart. e ven. 8.,30-12.30

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Frazione \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**IBAN:** IT \_\_ CIN \_\_ ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ C/C \_\_\_\_\_ 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**

**1. FISSI:** allegare copia della/e busta/e paga relativa al periodo d'infortunio - copia del provvedimento di liquidazione INAIL.

**2. STAGIONALI:** allegare copia della busta paga relativa al periodo di inizio infortunio - copia del provvedimento di liquidazione INAIL e dichiarazione UNILAV (ricevuta della comunicazione di assunzione)

Il sottoscritto DICHIARA inoltre di aver già percepito dall'azienda datrice di lavoro di cui sopra, l'importo integrativo dell'infortunio, e di autorizzare pertanto codesta Cassa ad inviare il rimborso presso l'azienda stessa.

**SI**  **NO**

Il richiedente

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ acquisite le informazioni rese ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo nr. 196 del 2003, in ordine alle finalità ed alle modalità del trattamento dei dati personali, esprime senza riserve il consenso al trattamento da parte della C.I.M.L.Ag. per il perseguimento delle sue finalità istituzionali dei dati personali anche sensibili che riguardano il/la sottoscritto/a.

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile

Patronato \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Informativa sui dati personali (D.Lgs. n. 196/2003)

Avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, l'informativa sul "trattamento" dei dati personali, ivi compresi i dati sensibili di cui all'art. 4, I comma lettera d) del Decreto Legislativo medesimo, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. medesimo:

- 1) Consente il loro "trattamento" per il conseguimento delle finalità del presente mandato e degli scopi statuari della C.i.m.l.ag;
- 2) Consente che gli stessi siano comunicati a;
- 3) Consente alla C.i.m.l.ag il "trattamento" dei dati medesimi per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla normativa;
- 4) Consente la comunicazione dei dati ad altri Enti competenti alla trattazione della pratica;
- 5) Non consente il "trattamento" dei propri dati personali, ivi compresi i dati sensibili di cui all'art. 4, I comma lettera d) del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, relativamente ai punti.....

Firma assistito.....