

La domanda deve essere presentata **non oltre il 31 marzo** dell'anno successivo a quello di inizio malattia sia per gli operai fissi che stagionali.

CASSA INTEGRAZIONE MALATTIA
LAVORATORI AGRICOLI C.I.M.L.Ag.

Arrivata il __ / __ / ____

Prot. N° _____

DOMANDA DI INTEGRAZIONE PER MALATTIA

Data, _____

Spett.le C.I.M.L.Ag.

Via Giusti, 40 – Trento

Tel e Fax 0461/915547

e-mail: cimlag@virgilio.it

sito: www.cimlag-tn.it

orario di apertura: mar. 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

MALATTIA

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
(salarato fisso)

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

N.B. VERRA' INTEGRATA L'INDENNITA' LIMITATAMENTE ALLE GIORNATE COMPRESSE NEL PERIODO D'ASSUNZIONE
Il lavoratore deve aver effettuato nell'anno in corso o in quello precedente almeno 51 giornate lavorate in
agricoltura.

FISSI: allegare copia certificato medico - copia busta/e paga relativa/e al periodo di malattia

STAGIONALI: allegare copia certificato medico - copia busta paga relativa al periodo di malattia - copia talloncino dell'INPS (oltre i 3 giorni di malattia) 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 della malattia, 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.....