ENTE BILATERALE AGRICOLO TERRITORIALE DELLE PROVINCIE DI COMO E LECCO (EBAT)

SOSTEGNO IN CASO DI MALATTIA OLTRE IL 180° GIORNO

La/il sottoscritta/o_____

Luogo di nascita _____Data di nascita_____

Codice fiscale

IN QUALITÀ DI DIPENDENTE LAVORATORE AGRICOLO DELLA DITTA

Ragione sociale _____

con sede legale in _____ via_____n°_____

codice fiscale _____ partita IVA _____

CHIEDO

l'erogazione della provvidenza così come previsto dal regolamento EBAT al seguente IBAN

DICHIARO

☐ Di essere stato/a licenziato/a il _____ per superamento periodo di comporto e di non ricevere alcun sostegno

☐ Che in busta paga è stata regolarmente ritenuta la quota di C.A.C. ed EBAT art. 18, 19 del C.I.P.L.

☐ Che la propria malattia non rientra tra quelle previste dall'intervento EBAN

ALLEGARE

- Copia della carta d'identità
- Copia lettera di licenziamento
- Copia di documentazione attestante lo stato di malattia oltre il 180° giorno
- Copia ultima busta paga

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

II sottoscritto/a ____ _____acquisite le informazioni, ai sensi del Reg. UE n. 679/2016 e del D.Lgs 196/2003, sull'utilizzo dei dati personali,

□ **ACCONSENTE** □ **NON ACCONSENTE**

Al trattamento dei dati personali per le esclusive finalità contenute nel modulo di adesione.

Data _____ Firma del lavoratore_____

Piazza Camerlata 9 - 22100 COMO - Tel. 031/3390015 Fax 031/592464
e-mail: info@ebatagricolturacomolecco.it