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

**SOSTEGNO IN CASO DI MALATTIA OLTRE IL 180° GIORNO**
**ANTICIPO AZIENDA**

La/il sottoscritta/o (datore di lavoro) _____
Luogo di nascita _____
Data di nascita_____
Codice fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

**IN QUALITÀ DI TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE LEGALE**

dell'impresa _____
c.f. se azienda individuale

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

partita IVA azienda

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

**DICHIARA**

che il/la dipendente _____assunto/a il _____

con qualifica/livello di _____presso la suindicata impresa, è tutt'ora in forza e ha chiesto aspettativa non retribuita

Si dichiara disponibile ad anticipare il trattamento in busta paga per conto di EBAT, che provvederà al rimborso sul seguente IBAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

allegare:

- Copia richiesta aspettativa non retribuita
- Copia ultima busta paga

Il /la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità:

- che i dati e le informazioni contenute nella presente dichiarazione corrispondono al vero
- che viene regolarmente versata la contribuzione relativa al C.A.C. ed EBAT art. 18 e 19 del vigente CIPL.

Data _____ Timbro e firma _____

**N.B.** Si precisa che EBAT potrà richiedere visura/copia del libro matricola e/o documentazione suppletiva.

---

**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 _____ Timbro e firma _____

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