



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

**MODULO RICHIESTA PREMIO ANZIANITA' AZIENDALE  
(richiesta Lavoratore)**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

di essere dipendente dell'impresa \_\_\_\_\_  
ragione sociale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_  
codice fiscale impresa \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_

di avere maturato presso la stessa azienda (anche in caso di cambio del titolare) un'anzianità aziendale di almeno 25 anni

che in busta paga viene regolarmente ritenuta la quota di C.A.C. ed EBAT art. 18,19 del CIPL

**CHIEDO**

l'erogazione della provvidenza così come previsto dal Regolamento dell'EBAT sul seguente IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A tal fine si allega:

copia documento: carta d'identità o passaporto

copia del cedolino paga corrente (recante la data di assunzione) del mese in cui si è compiuto l'anno di anzianità, o dei mesi successivi.

(in caso di trasformazione giuridica, trasferimento o cessione della ditta) dichiarazione sostitutiva del datore di lavoro di ininterrotta attività, recante la data di assunzione e rilasciata successivamente al compimento dell'anzianità.

Data \_\_\_\_\_

Firma del lavoratore \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_