



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

**PREMIO ANZIANITÀ PROFESSIONALE AZIENDALE**  
**ANTICIPO AZIENDA**

**DICHIARAZIONE DI ININTERROTTA ATTIVITÀ PER ANZIANITÀ PROFESSIONALE AZIENDALE**

La/il sottoscritta/o (datore di lavoro) \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale

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

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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

dell'impresa \_\_\_\_\_

c.f. se azienda individuale

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

partita IVA azienda

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

**DICHIARA**

che alla data odierna il/la dipendente \_\_\_\_\_ assunto/a il \_\_\_\_\_

con qualifica/livello di \_\_\_\_\_ presso la suindicata impresa, è tutt'ora in forza.

**Si dichiara inoltre disponibile ad anticipare il trattamento in busta paga per conto dell'EBAT che provvederà al rimborso sul seguente IBAN :**

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

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 CAC ed all'EBAT art. 18 e 19 del vigente CIPL.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_

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

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:**

Il 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.