



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

**MODULO RICHIESTA PREMIO FEDELTA' AZIENDALE**

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

**DICHIARO**

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

**CHIEDO** l'erogazione della provvidenza così come previsto dal Regolamento dell'EBAT

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.

*oppure*

- (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:**

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.

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



ENTE BILATERALE AGRICOLO TERRITORIALE

DELLE PROVINCE DI COMO E LECCO  
(EBAT )

PREMIO ANZIANITÀ PROFESSIONALE AZIENDALE

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

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che alla data odierna il/la dipendente \_\_\_\_\_ assunto/a il \_\_\_\_\_  
con qualifica 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 provve derà al**  
**rimborso sul seguente IBAN \_\_\_\_\_**

**Il /la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità, che i dati e le informazioni contenu te nella presente**  
**dichiarazione corrispondono al vero.**

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 person ali,  
 **ACCONSENTE**  **NON ACCONSENTE**

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

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