

EBAT-CIALA

Ente Bilaterale Agricolo della Provincia di Catania
Corso Sicilia, 111 – 95100 CATANIA

Il sottoscritto _____
Nato a _____ il _____
Residente _____ Via _____ CAP _____
Codice Fiscale _____ Tel. _____ Email _____

IBAN _____

In qualità di (Coniuge o convivente) (figlio/a) dell'operaio agricolo deceduto:
Cognome _____ Nome _____ Cod.fisc. _____

DICHIARA

Che il proprio (coniuge, convivente o padre, madre) in qualità di operaio agricolo ha prestato n. _____
giornate lavorative nell'anno _____ (**anno precedente quello del decesso**)

Presso le seguenti aziende agricole (SI RACCOMANDA LA COMPLETEZZA E LA CHIAREZZA):

Denominazione _____ Comune _____ (Prov. _____)
Codice Fiscale/Partita IVA _____ N. _____ giornate lavorate

Denominazione _____ Comune _____ (Prov. _____)
Codice Fiscale/Partita IVA _____ N. _____ giornate lavorate

Denominazione _____ Comune _____ (Prov. _____)
Codice Fiscale/Partita IVA _____ N. _____ giornate lavorate

CHIEDE L'ASSEGNO INDENNITA' DI MORTE

Alla presente allega:

- 1) Stato di famiglia integrale in carta semplice;
- 2) Certificato INAIL che attesti le cause del decesso dell'operaio agricolo;
- 3) Fotocopia (LEGGIBILE) dei Modelli UNILAV inerenti i rapporti di lavoro, con le aziende agricole sopraindicate, svolti nell'anno precedente a quello del decesso;
- 4) Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente;
- 5) Eventuali deleghe di altri figli (e relative fotocopie dei documenti).

AVVERTENZA: Il conferimento della prestazione è subordinato al pagamento dei contributi EBAT-CIALA da parte dei datori di lavoro sopraindicati, nell'anno precedente la presentazione della richiesta.

Si dichiara inoltre, che il sottoscritto è a conoscenza che la prestazione in oggetto è soggetta a tassazione IRPEF e che pertanto va riportata insieme agli altri redditi da lavoro nella dichiarazione dei redditi.

Luogo e data _____

FIRMA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____ ricevette le informazioni di cui al Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/03 e preso atto sia che i dati personali che la riguardano rientrano tra i così detti dati "sensibili", che dei diritti, esprime senza riserve il consenso, previsto dal D.L. n. 196 del 30.06.03, al trattamento da parte dell'EBAT-CIALA per il perseguimento delle sue finalità istituzionali, sia dei dati personali che riguardano il sottoscritto che dei dati personali "sensibili".

FIRMA

Luogo e data _____

Il sottoscritto per l'espletamento della pratica DELEGA L'ORGANIZZAZIONE SINDACALE

Firmataria del vigente CPL _____ sita in _____
Via _____ n. _____ CAP _____ Prov. _____ Tel _____

FIRMA

Luogo e data _____

EVENTUALI DELEGHE DAI FIGLI E DAI FRATELLI O SORELLE

1) Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____ C.F. _____

Avente diritto ad una quota dell'assegno di indennità morte del proprio padre/madre : _____

Delega il proprio padre/madre o fratello/sorella a richiedere ed a riscuotere in mio nome e vece la quota di mia spettanza dell'assegno di indennità morte.

Allego: fotocopia del mio documento di riconoscimento.

FIRMA _____

2) Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____ C.F. _____

Avente diritto ad una quota dell'assegno di indennità morte del proprio padre/madre : _____

Delega il proprio padre/madre o fratello/sorella a richiedere ed a riscuotere in mio nome e vece la quota di mia spettanza dell'assegno di indennità morte.

Allego: fotocopia del mio documento di riconoscimento.

FIRMA _____

3) Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____ C.F. _____

Avente diritto ad una quota dell'assegno di indennità morte del proprio padre/madre : _____

Delega il proprio padre/madre o fratello/sorella a richiedere ed a riscuotere in mio nome e vece la quota di mia spettanza dell'assegno di indennità morte.

Allego: fotocopia del mio documento di riconoscimento.

FIRMA _____

4) Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____ C.F. _____

Avente diritto ad una quota dell'assegno di indennità morte del proprio padre/madre : _____

Delega il proprio padre/madre o fratello/sorella a richiedere ed a riscuotere in mio nome e vece la quota di mia spettanza dell'assegno di indennità morte.

Allego: fotocopia del mio documento di riconoscimento.

FIRMA _____