

EBAT-CIALA

Ente Bilaterale Agricolo della Provincia di Catania
Corso Sicilia, 111 - 95131 Catania.
Tel. 095 536324 / Fax 095 312996

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

In qualità di operaio OTI – OTD – PC – CF con n. _____ giornate lavorate nell'anno _____
(ANNO PRECEDENTE A QUELLO DELL'INSORGENZA DELLA MALATTIA E/O INFORTUNIO)

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

Dichiara di essere stato ammalato () / infortunato () :

Dal _____ al _____ per giornate n° _____
Dal _____ al _____ per giornate n° _____
Dal _____ al _____ per giornate n° _____

CHIEDE L'INDENNITA' INTEGRATIVA DI MALATTIA e/o INFORTUNIO

Alla presente allega:

- 1) Il prospetto attestante la liquidazione ricevuta dall'INPS/INAIL in originale;
- 2) Fotocopia (LEGGIBILE) dei Modelli UNILAV inerenti i rapporti di lavoro, con le aziende agricole sopraindicate, svolti nell'anno precedente a quello dell'insorgenza della malattia/infortunio;
- 3) Eventuali Fotocopie dei versamenti dei contributi EBAT-CIALA con lettera INPS e modello F24.

AVVERTENZA: L'integrazione dell'indennità integrativa è subordinata al pagamento dei contributi EBAT-CIALA da parte dei datori di lavoro sopraindicati, nell'anno precedente l'insorgenza della malattia e/o infortunio.

Si dichiara inoltre, che il sottoscritto è a conoscenza che l'indennità 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 _____ riceve 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 della C.I.A.L.A. 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 _____