

EBAT-CIALA

Ente Bilaterale Agricolo della Provincia di Catania
Corso Sicilia, 111 – 95131 CATANIA

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

In qualità di operaio OTI – OTD – PC – CF con n. _____ giornate lavorate nell'anno _____
(ANNO PRECEDENTE LA RICHIESTA IN OGGETTO)

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 DI ACCEDERE ALLO SCREENING ONCOLOGICO GRATUITO

Indicare una delle seguenti:

- Visita senologica;
- Visita dermatologica con epiluminescenza e mappatura dei nei;
- Visita urologica;

Alla presente allega:

- 1) Stato di Famiglia;
- 2) Fotocopia (LEGGIBILE) dei Modelli UNILAV inerenti i rapporti di lavoro, con le aziende agricole sopraindicate, svolti nell'anno precedente a quello della presentazione della richiesta;
- 3) Documento in corso di validità.

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.

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 _____