

Io sottoscritto/a _____
Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ (____) il _____
Residente a _____ (____) CAP _____
Via _____ nr. _____ Telefono _____ Mail _____

in qualità di _____

dell'AZIENDA AGRICOLA _____

Codice Fiscale Aziendale _____ - Partita IVA _____

(Indirizzo Aziendale da compilarsi solo se diverso dalla residenza)

con sede nel comune di _____ (____) CAP _____ Frazione _____

Via _____ nr. _____ Telefono _____

Sulla base di quanto previsto dal Contratto Collettivo di Lavoro della Provincia di Mantova per gli operai agricoli e florovivaisti

vigente e dopo aver corrisposto a titolo di anticipazione al **DIPENDENTE** _____

nella busta paga del **Mese** di _____ dell'**Anno** _____ relativa al periodo dal _____ al _____

e pari ad €. _____

CHIEDE

RIMBORSO QUOTA CARENZA **MALATTIA** dal _____ al _____ Nr Protocollo _____

→ **allegare: fotocopia della Busta Paga integrata – Certificato INPS o Numero Protocollo**

RIMBORSO PRIMI **3 GG. di INFORTUNIO** dal _____ al _____

→ **allegare: fotocopia della Busta Paga integrata – Certificato INAIL**

RIMBORSO **ASSEGNI FAMILIARI su INFORTUNIO** dal _____ al _____

→ **allegare: fotocopia della Busta Paga integrata**

RIMBORSO **CISOA o CIG in deroga** dal _____ al _____ Nr Autorizzazione _____

→ **allegare: fotocopia della Busta Paga integrata – Documentazione richiesta e/o autorizzazione INPS o della REGIONE**

mediante **BONIFICO** su Conto Corrente: **Intestato a** _____

Codice IBAN: _____ **Banca/Posta** _____

→ **OBBLIGATORIO allegare sempre fotocopia della CARTA D'IDENTITA'**

In attesa di cortese riscontro, si porgono distinti saluti.

IL RICHIEDENTE

Lì _____ data _____

N.B. - la domanda deve essere compilata in ogni sua parte e

completata dei documenti allegati richiesti

- la domanda può essere inviata tramite le OO.SS.

oppure direttamente via Mail a info@cimimantova.it

Informazioni complete relative al trattamento dei dati personali, D.Lgs. n. 196/2003

e Regolamento Europeo (UE) 679/2016 (GDPR): www.cimimantova.it

Avendo ricevuto informativa sul "trattamento" dei dati personali, affinché C.I.M.I.-E.B.A.M. ponga in essere le attività sopra descritte, derivanti dal CCNL Agricoltura e CPL di Mantova, per le quali il consenso rappresenti la base giuridica del trattamento, AUTORIZZO lo stesso ENTE BILATERALE alla gestione dei miei dati personali e sensibili, secondo disposizioni di legge sopra indicata.

LUOGO, _____

FIRMA _____

Cassa C.I.M.I. - EBAM Mantova

Via Principe Amedeo, 27 - Galleria Landucci, 2 - C.P. 127 - 46100 Mantova

Tel./Fax +39.0376.362699 - info@cimimantova.it - www.cimimantova.it

Spazio Riservato all'Ufficio
C.I.M.I. Mantova

Prot. N°

Arrivata il

Importo Liquidato €.

NOTE.....