

Io sottoscritto/a

Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ () il _____
Residente a _____ () CAP _____ Frazione _____
Via _____ nr. _____ Telefono _____ Mail _____
Stato Civile: _____ Cod. Fisc. CONIUGE (**obbligatorio**) _____ fiscalmente a carico: SI NO

In base al Contratto Collettivo di Lavoro della Provincia di Mantova per gli operai agricoli e florovivaisti vigente

CHIEDO INTEGRAZIONE

dal _____ al _____ Nr. Protocollo _____
dal _____ al _____ Nr. Protocollo _____
dal _____ al _____ Nr. Protocollo _____

→ I: Inizio – C: Continuazione – R: Ricaduta

mediante **BONIFICO** su Conto Corrente: **Codice IBAN:**

Banca/Posta _____ di _____

DICHIARO

relativamente al periodo per cui presento domanda, di aver prestato o di prestare la mia attività lavorativa presso l'Azienda Agricola:

sita nel Comune di _____ () Via _____

in qualità di:

Operaio a Tempo

- con qualifica di:

E' OBBLIGATORIO allegare sempre:

→ **COPIA CARTA IDENTITA'**

→ **COPIA Certificato Medico oppure Numero Protocollo oppure Liquidazione INAIL**

→ **COPIA della BUSTA PAGA relativa al mese precedente l'evento oppure ultima busta paga lavorata**

Per gli OPERAI A TEMPO DETERMINATO (Avventizi/Stagionali) è obbligatorio allegare COPIA Liquidazione INPS

IL RICHIEDENTE

Lì, _____ data _____ firma _____

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

Riservato all'Ufficio CIMI-EBAM Mantova

Importo Liquidato €
NOTE.....

Spazio Riservato all'Ufficio CIMI-EBAM Mantova

Prot. N°
Arrivata il

Informazioni complete relative al trattamento dei dati personali, D.Lgs. n. 196/2003 e Regolamento Europeo (UE) 679/2016 (GDPR): www.cimimantova.it

Io sottoscritto/a

Codice Fiscale _____

affinché C.I.M.I.-E.B.A.M. ponga in essere le integrazioni al reddito sopra descritte, derivanti dal CCNL Agricoltura e CPL di Mantova, per le quali il consenso rappresenta la base giuridica del trattamento, AUTORIZZO lo stesso ENTE BILATERALE a richiedere e accedere presso l'INPS e INAIL, alla mia posizione e a tutti i miei dati riferiti ai periodi di malattia, maternità e infortunio.

AUTORIZZO altresì il trattamento dei miei dati personali e sensibili, secondo disposizioni di legge sopra indicata, per le finalità dell'Ente.

Lì, _____ data _____ firma _____