

Il/La sottoscritto/a _____
 Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ (____) il _____
 Residente a _____ (____) CAP _____ Frazione _____
 Via _____ nr. _____
 Telefono _____ Mail _____
 Celibe/Nubile Coniugato/a Separato/a Divorziato/a Vedovo/a
Cod. Fisc. CONIUGE (obbligatorio) _____ indicare fiscalmente a carico: SI - NO

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

CHIEDE INTEGRAZIONE

INFORTUNIO I C R dal _____ al _____

MALATTIA I C R dal _____ al _____ Nr. Protocollo _____

MATERNITA' Obbligatoria I C R dal _____ al _____ Nr. Protocollo _____

MATERNITA' Facoltativa I C R dal _____ al _____ Nr. Protocollo _____

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

DICHIARA

di aver prestato nel periodo per cui si chiede l'integrazione o di prestare la propria attività lavorativa presso
 l'Azienda Agricola: _____
 sita nel Comune di _____ (____) Via _____

con qualifica di: *Operaio a Tempo* **Indeterminato** *Operaio a Tempo* **Determinato**

Comune Qualificato Qualificato Super
 Specializzato Specializzato Super Specializzato Super A

MODALITA' DI INTEGRAZIONE

BONIFICO su Conto Corrente: **Codice IBAN:** _____
Banca/Posta _____ di _____
 → **è OBBLIGATORIO allegare: fotocopia della CARTA D'IDENTITA'**

Lì _____ data _____ IL RICHIEDENTE _____

**E' obbligatorio allegare: - COPIA certificato medico oppure Numero Protocollo oppure Liquidazione Inps/Inail
 - COPIA della busta paga relativa al mese della malattia oppure ultima busta paga lavorata**

Per gli OPERAI A TEMPO DETERMINATO (Avventizi) è obbligatorio allegare anche COPIA Liquidazione INPS - INAIL

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 o Casella Postale indicati nella carta intestata
 - CIMI-EBAM integra mensilmente: la domanda deve pervenire all'ufficio **entro il 25 del mese in corso di liquidazione**

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 sottoscritt _____ 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 rappresenti 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.
 LUOGO, _____ FIRMA _____