

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 per l'ANNO _____

- SPESE SANITARIE E VISITE SPECIALISTICHE** → e allego **Copia Fattura o Ticket spesa medica**
 CURE E PROTESI DENTARIE → e allego **Copia Fattura**
 PROTESI OCULISTICHE → e allego **Copia Fattura**
 SPESE SCOLASTICHE → e allego **Copia Iscrizione e Attestato Frequenza**
 LICENZIAMENTO → e allego **Copia Licenziamento e Disoccupazione**

→ Segnare con una crocetta LE INTEGRAZIONI RICHIESTE e la DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

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 _____
→ **per il bonifico è OBBLIGATORIO allegare: fotocopia della CARTA D'IDENTITA'**

Lì _____ data _____ **IL RICHIEDENTE** _____

**E' obbligatorio allegare anche: - COPIA della FATTURA o TICKET della spesa medica
- COPIA della BUSTA PAGA**

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
- la domanda deve pervenire all'Ufficio **entro il mese di FEBBRAIO dell'anno successivo alla data della fattura.**

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 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.

LUOGO, _____ FIRMA _____