

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 PRESTAZIONE INTEGRATIVA per l'ANNO**

**Sanità** per \_\_\_\_\_ e allego \_\_\_\_\_  
**Scuola** per \_\_\_\_\_ e allego \_\_\_\_\_  
**Lavoro** per \_\_\_\_\_ e allego \_\_\_\_\_

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 BUSTA PAGA**

**Sulla base dell'integrazione richiesta, è OBBLIGATORIO includere i documenti previsti per le varie integrazioni**

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](mailto:info@cimimantova.it)  
- 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](http://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 \_\_\_\_\_