

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ Frazione \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_  
 Stato Civile:  Celibe/Nubile  Coniugato/a  Separato/a  Divorziato/a  Vedovo/a  
 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 \_\_\_\_\_**

- |  |   |                                      |                                  |                                   |
|--|---|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> VISITE SPECIALISTICHE         | → | <input type="checkbox"/> Richiedente | <input type="checkbox"/> Coniuge | <input type="checkbox"/> Figlio/a |
| <input type="checkbox"/> CURE E PROTESI DENTARIE       | → | <input type="checkbox"/> Richiedente | <input type="checkbox"/> Coniuge | <input type="checkbox"/> Figlio/a |
| <input type="checkbox"/> PROTESI OCULISTICHE           | → | <input type="checkbox"/> Richiedente | <input type="checkbox"/> Coniuge | <input type="checkbox"/> Figlio/a |
| <input type="checkbox"/> SPESE SCOLASTICHE             | → | <input type="checkbox"/> Richiedente | <input type="checkbox"/> Coniuge | <input type="checkbox"/> Figlio/a |
| <input type="checkbox"/> BORSE STUDIO FIGLI DIPENDENTI | → | <input type="checkbox"/> Richiedente | <input type="checkbox"/> Coniuge | <input type="checkbox"/> Figlio/a |
| <input type="checkbox"/> LICENZIAMENTO                 | → | <input type="checkbox"/> Richiedente | <input type="checkbox"/> Coniuge | <input type="checkbox"/> Figlio/a |

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 Indeterminato*  *Operaio a Tempo Determinato*  
 Comune  Qualificato  Qualificato Super  Specializzato  Specializzato Super  Specializzato Super A

**E' OBBLIGATORIO allegare sempre: → COPIA CARTA IDENTITA' → COPIA della BUSTA PAGA**

**Sulla base dell'integrazione richiesta, includo i seguenti documenti (barrare le caselle collegate alla pratica):**

- Copia Fatture spese mediche**  **Autocertificazione stato di famiglia**  **Autocertificazione frequenza scolastica**  
 **Copia Diploma o attestato sostitutivo**  **Lettera licenziamento**  **Copia UNILAV**

Lì \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ IL RICHIEDENTE  
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 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.

Lì \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_