

sottoscritt nat a il

residente a _____ in Via _____ N. _____ Codice fiscale _____

[illegible]

Tel. _____ Email _____

chiede la liquidazione del contributo spese per:

ANNO DI SPESA

☐ Visite mediche specialistiche ☐ Cure e protesi dentarie ☐ Occhiali e lenti a contatto ☐ Acquisto libri scuola superiore e ☐ Iscrizione università

☐ Spese funerarie ☐ Bonus nascita ☐ Bonus asilo nido ☐ Prestazioni sanitarie ☐ Bonus laurea

A tal fine segnala che ha prestato la propria attività lavorativa presso l'azienda agricola:

Denominazione	c.f. / p.iva
---------------	--------------

In qualità di operaio a: ☐ tempo determinato ☐ tempo indeterminato

Allega:

- ☐ Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e copia del codice fiscale
- ☐ Fotocopia del mod. UNILAV inerente il rapporto di lavoro in atto o cessato da un massimo di giorni 365 (trecentosessantacinque) dalla data della documentazione allegata (OTD e partecipanti individuali)
- ☐ Copia busta paga riferita alla data della documentazione allegata (solo per OTI)

Chiede che l'importo del contributo spettante venga accreditato presso: Banca Agenzia

Conto corrente intestato a:

IBAN

[illegible]

- sottoscritto è consapevole delle sanzioni civili e penali previste dalle vigenti norme di legge per coloro che rendono dichiarazioni false e compiano atti fraudolenti al fine di procurare a sé o ad altri prestazioni previdenziali o assistenziali indebite.
- Istanza presentata per il tramite di (Organizzazione sindacale, diretto interessato): _____
- Dichiaro, inoltre, di non aver percepito o richiesto rimborso ad altri Enti o Fondi Assicurativi.

Luogo e data _____

Firma leggibile _____

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI ai sensi degli artt. 13 e 14 GDPR (Reg. UE 679/2016)

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che i dati da Lei forniti, ai sensi della legislazione in vigore, vengono trattati al fine esclusivo relativo alle attività istituzionali di questo Ente. Il conferimento dei dati è dunque strettamente funzionale all'istituzione del rapporto inerente richiesta di integrazione/contributo, il quale senza i dati richiesti potrebbe non essere, in tutto o in parte, eseguito. I dati saranno trattati con modalità e procedure effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici, necessari per il fine indicato, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza. I suoi dati potranno essere conosciuti solo da soggetti specificatamente autorizzati a trattarli in qualità di responsabili o incaricati, di volta in volta individuati e coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni e comunque in conformità alle istruzioni ricevute. I suoi dati personali saranno trattati con misure di sicurezza adeguate a ridurre al minimo i rischi di distruzione e/o perdita, accesso non autorizzato e/o illecito trattamento. I suoi dati non sono soggetti a diffusione. Per lo svolgimento delle attività connesse alla richiesta di integrazione/contributo i suoi dati, ove le disposizioni di legge lo impongono, saranno comunicati agli Enti pubblici preposti e/o potranno essere comunicati a soggetti terzi, convenzionati con questo Ente e da questi trattati esclusivamente per le finalità di gestione dei servizi e/o di elaborazione inerenti all'attività istituzionale dell'Ente. L'elenco aggiornato dei responsabili, e delle società incaricate per l'elaborazione ed invio dei dati, potrà essere da Lei conosciuto facendo specifica richiesta a questo Ente. Per la gestione e copertura delle prestazioni a cui ha diritto in qualità di soggetto contemplato dal C.C.N.L. e C.P.L. agricoltura e dal regolamento di questo Ente, lo stesso, potrà rivolgersi ad Enti Pubblici ed ai datori di lavoro per verificare la correttezza e la liceità dei trattamenti. I dati saranno trattati per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle prestazioni richieste e connesse all'attività istituzionale dell'Ente. I dati saranno conservati solo per il tempo necessario alle finalità di legge. Successivamente saranno distrutti i formati cartacei ed ogni supporto informatico/elettronico ove siano contenuti e ove si faccia in qualsiasi modo riferimento ai dati trattati. In qualità di interessato ha diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati presso questo Ente, di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza e richiederne l'integrazione, l'aggiornamento e/o la rettifica; ha inoltre il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco dei dati qualora trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento. Ogni richiesta, segnalazione e/o comunicazione potrà essere inviata al titolare del trattamento o al DPO incaricato, a mezzo mail ebat_rg@gmail.com. Il titolare del trattamento dati è EBAT RAGUSA Ente Bilaterale Agricolo Territoriale, via dei Mirti,99 Ragusa.

Luogo e data

Firma leggibile

Autocertificazione dello stato di famiglia

(art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o _____ nata/o a _____
il _____ residente a _____ in via _____
n. ____/____/int _____

- consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

D I C H I A R A

che la famiglia convivente è composta come risulta dal seguente prospetto;

nr.	cognome e nome	luogo di nascita	data nascita	rapporto parentela
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e del Regolamento UE n. 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo lì, _____

La/Il dichiarante _____

(Firma leggibile per esteso)

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000);

se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi.

Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000).

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art.74 comma 1 D.P.R. 445/2000).