

Spett.le EBAT
Ente Bilaterale Agricoltura Territoriale
C.so A. Lucci n° 137
80142 – Napoli

...l... sottoscritt... ..nat...
a.....il.....C.F.....residente in
.....alla via.....in qualità di operaio
agricolo, visto che all'art.47 del CPL della provincia di Napoli, per gli operai agricoli e dei
florovivaisti, prevede un contributo integrativo per malattia e/o infortunio già indennizzate dall'
Inps e/o Inail;

consapevole che:

- L'integrazione di malattia e/o infortunio richiesta è subordinata alle effettive disponibilità di bilancio del Comitato.
- Il contributo integrativo per malattia e/o infortunio potrà essere erogato, dopo aver effettuato i dovuti riscontri dell'avvenuto pagamento del contributo Fimavla da parte del datore di lavoro, entro i due anni dalla richiesta.

CHIEDE

a codesto spett.le Ente il contributo integrativo, come previsto dall'art. 47 del C.P.L. della provincia di Napoli, per le giornate di malattia e/o infortunio già indennizzate dagli Enti Erogatori (INPS – INAIL).

Dichiara, pertanto, sotto la propria responsabilità, di essere stato in malattia e/o infortunio dal.....al.....dal.....al.....
dal.....al.....dal.....al.....
Per l'anno di competenza dell'evento, ha prestato la propria attività lavorativa c/o l'impresa agricola.....sita in.....tale domanda di integrazione dovrà essere inoltrata a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno entro e non oltre 180gg. dalla data di liquidazione della malattia e/o infortunio.

- PRIMO ANNO DI ASSUNZIONE SI NO

Il sottoscritto esprime il consenso ex art. 11, 12, 22 Legge 675/96 al trattamento dei propri dati personali, come individuato dall'art. 1, II° comma, lettera b.

Dichiara altresì sotto la propria personale responsabilità, che tutta la documentazione prodotta in copia è conforme all'originale in proprio possesso.

....., li .../.../.....

FIRMA

Si allega:

- Copia cedolino Inps e/o Inail di liquidazioni giornate di malattia / infortunio.
- Copia del foglio del registro d'impresa relativo all'assunzione dell'anno precedente alla malattia/infortunio.
- In caso di prima assunzione allegare copia del registro d'impresa dell'anno di competenza della malattia/infortunio.
- Codice iban