



Assistenza Integrativa Braccianti Agricoli

Via Aeronautica, 22 R.E. tel. 0522 232458 fax 0522 275105

E-mail: info@comitatoimi.it

www.comitatoimi.it

Domanda n	del
Liquidazione n	del
spazio riservato al Comitato	

Domanda Integrazione O.T.D.

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ residente nel Comune di _____ C.A.P. _____

Via _____ n _____ Telefono _____ Codice Fiscale _____

risultando iscritto negli elenchi anagrafici del Comune di _____

Coniugato Sì No Codice Fiscale _____ Coniuge a carico Sì No Perc _____

CHIEDE

l'integrazione per i periodi di:

MALATTIA allega prospetto liquidazione INPS e fotocopia busta paga

INFORTUNIO allega prospetto liquidazione INAIL e fotocopia busta paga

MATERNITÀ allega prospetto liquidazione INPS e fotocopia ultima busta paga

dal _____ al _____

OTD: **Specializzato Super** **Specializzato**
Qualificato Super **Qualificato** **Comune**

Dichiara

- l'evento è avvenuto sul lavoro nell'Azienda: _____

Via _____ n _____ Comune _____

telefono _____ condotta dal Sig. _____

- per il periodo di maternità: il parto è avvenuto in data: _____

Modalità di rimborso: Assegno Bonifico

intestato a _____ residente a _____

Via _____ n _____ telefono _____

Dati per bonifico: Codice Fiscale _____

Coordinate Bancarie: IBAN _____ ABI _____ CAB _____ C/C (12 cifre) _____

Timbro e firma Sindacato/Patronato

Il Richiedente

E' a conoscenza di quanto previsto dal Informativa sul trattamento dei dati personali ex artt. 13-14 Reg.to UE 2016/679 sul trattamento dei propri dati personali, ivi compresi i dati sensibili e consente il loro trattamento per il conseguimento delle finalità del presente mandato e degli scopi dell'Ente.

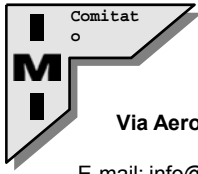
Documentazione allegata: informativa ex artt. 13-14 Reg.to UE 2016/679 da presentare solo alla prima richiesta.

Firma del Dichiarante

_____ lì _____

N.B.

- la domanda deve essere compilata in ogni sua parte e presentata non oltre il 30 aprile dell'anno successivo l'evento.
- le domande presentate fuori termine saranno accettate solo nel caso in cui la documentazione INPS/INAIL porti un timbro postale che giustifica il ritardo.
- le domande con indicazioni non esatte verranno annullate, salvo il fatto costituisca reato grave.
- l'erogazione delle prestazioni è subordinata al pagamento dei relativi contributi da parte del Datore di Lavoro.



Assistenza Integrativa Braccianti Agricoli

Via Aeronautica, 22 R.E. tel. 0522 232458 fax 0522 275105

E-mail: info@comitatoimi.it

www.comitatoimi.it

Domanda Integrazione O.T.D.

ALLEGATO: INFORMATIVA EX ARTT. 13-14 REG.TO UE 2016/679

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo 2016/679, La informiamo che Assistenza Integrativa Braccianti Agricoli, Comitato I.M.I. è in possesso dei dati per adempiere alle normali operazioni derivanti da obbligo di legge o contrattuale. Ai fini dei servizi erogati il trattamento potrebbe comprendere anche dati particolari come definito nell'art.9 del Regolamento Europeo 2016/679. I dati saranno comunicati ai soggetti esterni necessari per l'erogazione dei servizi. In qualunque momento potrà richiedere l'informativa estesa ed esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e seguenti contattando il titolare del trattamento: Assistenza integrativa Braccianti Agricoli Comitato I.M.I. con sede legale in Via dell'Aereonautica, 22 - 42124 Reggio Emilia scrivendo a info@comitatoimi.it. Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) designato dal titolare ai sensi dell'art. 37 del GDPR è disponibile scrivendo a dpo@comitatoimi.it.