

DOMANDA DI EROGAZIONE INDENNITA' INTEGRATIVA di Malattia-Infortunio O.T.I.

Il sottoscritto _____ Nato il _____ a _____
Cod.Fisc. _____ residente nel comune di _____
Via _____ Tel. _____ Mail _____
nella qualità di **OPERAIO AGRICOLO** a tempo **INDETERMINATO** dipendente dell'Azienda Agricola _____
_____ con sede in Comune di _____ dal _____
inoltra domanda a codesto Fondo per ottenere il pagamento delle giornate di indennità integrativa malattia-infortunio per il **PERIODO DAL** _____ **AL** _____ (di cui n° g.te _____ di ricovero ospedaliero come da attestazione allegata).

Chiede inoltre che la liquidazione avvenga tramite accredito C/C bancario o postale (NON LIBRETTO POSTALE):

IBAN (obbligatorio) _____ (27 cifre)

Intestato a _____ **Banca** _____ **Agenzia di** _____

ALLEGATI obbligatori:

1. **CERTIFICATO MEDICO** (fotocopia o n.)
2. **COPIA BUSTA PAGA** del periodo **EVENTO** o in caso di infortunio, **PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE** rilasciato dall'Inail
3. **Copia documento identità.**

DICHIARAZIONE DI CONSENSO **(Ai sensi dell'art. 7 GDPR UE 2016/679)**

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR UE 2016/679 ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dal Regolamento UE, nei limiti e per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Lì, _____

Firma, _____

N.B. La domanda deve essere presentata al Fondo entro 12 mesi dalla liquidazione dell'evento da parte del datore di lavoro o dall'Ente previdenziale (Inps-Inail). Dopo tale termine sarà respinta.

Non si liquidano domande senza l'indicazione del cod. IBAN.

Parte riservata all'Ufficio

Firma _____

