



DOMANDA DI EROGAZIONE INDENNITA' INTEGRATIVA di MALATTIA-INFORTUNIO O.T.D.

Il/la sottoscritto/a

COGNOME – NOME	DATA NASCITA	LUOGO
_____ _____ _____	_____ _____	_____ _____
COD.FISCALE	INDIRIZZO RESIDENZA	
_____ _____	_____ _____	
COMUNE	TELEFONO	Mail
_____	_____	_____

DIPENDENTE dell'Azienda Agricola

RAGIONE SOCIALE	COMUNE	DATA ASSUNZIONE
_____ _____	_____	_____

inoltra domanda a codesto Fondo per ottenere il pagamento dell'indennità integrativa malattia-infortunio per il periodo
DAL _____ **AL** _____ (di cui n° g.te _____ di ricovero ospedaliero come da certificato allegato).

Allegati obbligatori:

1. **Copia busta paga relativo al periodo evento**
2. **CERTIFICATO MEDICO (o n. protocollo)** _____ **oppure ricevuta Bonifico Inps**
3. **prospetto di liquidazione INAIL (x INFORTUNIO)**
4. **copia documento Identità**

Pagamento a mezzo Bonifico su c/c bancario o postale:

CODICE IBAN obbligatorio (27 cifre)

I	T																									
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BANCA _____ **Agenzia di** _____

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. (WWW.Ebavi.it)

Lì, _____ Firma, _____

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

Non si liquidano domande senza l'indicazione del cod. IBAN e dei documenti da allegare.

Parte riservata all'Ufficio

Il Richiedente
