|  |  |
| --- | --- |
| **OGGETTO: RICHIESTA INTEGRAZIONE DI**  **MALATTIA**  **INFORTUNIO**  **RIMBORSO** | **Spett. Fondo**  **F.I.M.A.V. – E.B.A.T.**  **Via della Lirica, 61**  **48124 - RAVENNA** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| C.F. |  | C.F. CONIUGE |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il sottoscritto** | | |  | | |  |  | |
| Nato a |  | | il |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Residente a |  | Via |  | n° |  |

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lavoratore agricolo non pensionato \*, iscritto negli elenchi anagrafici

|  |  |
| --- | --- |
| del Comune di |  |

**fa domanda di usufruire delle indennità integrative per Malattia-Infortunio sul lavoro-Rimborso erogate da codesto F.I.M.A.V. – E.B.A.T. ai sensi del Regolamento del Fondo e allega il talloncino a saldo dell’Ente erogatore (I.N.P.S. – I.N.A.I.L.) e/o altra documentazione richiesta dal suddetto Regolamento.\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PERIODO: | **dal** |  | **al** |  | PERIODO: | **dal** |  | **al** |  |

Dichiara altresì di aver prestato la sua opera presso la seguente Ditta: (occorre denominazione esatta)

|  |  |
| --- | --- |
| AZIENDA AGRICOLA o COOPERATIVA | SITA NEL COMUNE DI |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |

gg. effettivamente lavorate nell’Anno precedente N.

L’evento è stato causato da incidente stradale ?  Sì  No

**Se sì, allegare il modulo per incidenti Fimav compilato.**

**Chiede inoltre che l’integrazione sia versata tramite:**

|  |
| --- |
|  |

BONIFICO BANCARIO Banca

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ABI | CAB | C/C | IBAN |
|  |  |  |  |

Il dichiarante

…………………………………………………….

\* Ai sensi del regolamento F.I.M.A.V- E.B.A.T. hanno diritto alle prestazioni anche gli operai con pensione di invalidità triennale e/o reversibilità.

\*La domanda di integrazione deve essere presentata, a pena di decadenza, entro e non oltre 12 mesi dalla data di liquidazione delle indennità di legge.

\* Ricordarsi di compilare il modulo di Consenso al trattamento dei dati personali

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Timbro  Ente di Patronato |  |  | |  |  | |
| Ufficio Zonale | |  | Data | |  |

F.I.M.A.V. – E.B.A.T.

FONDO INTEGRAZIONE MALATTIE ASSISTENZA VARIE

C.F. 80008Y9039B

Sede Viale della Lirica, 61 - 48124 RAVENNA (RA)

Tel.: 0544/408427 - Fax: 0544/692478 - [info@fimavravenna.it](mailto:info@fimavravenna.it)

CONSENSO GENERICO

AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ił/la sottoscritto/a

Cod. fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Preso alto delI'informativa e dei diritti a me riservati in materia di trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 2016/679 dichiara di:

autorizzare non autorizzare

Al trattamento dei miei dati personali indicati nell’informativa sopracitata per le finalitá e nei limiti nella stessa contenuti ed in particolare per i seguenti dati:

» Dati identificativi

» Dati di contatto (email, numeri telefonici, social media, ecc.)

» Dati bancari/fiscali

» Dati che rivelano l’origine razziale o etnica

» Dati relativi alla salute

Luogo e data Firma

Per quanto attiene alla comunicazione del miei dati personali a soggetti che svolgono attività funzionalmente collegate aII'esecuzione del servizio prestato dal Titolare del trattamento quali l’attività di elaborazione, registrazione e archiviazione dei dati, nonché attività bancaria e finanziaria dichiaro di:

autorizzare non autorizzare

Firma

Per quanto attiene infine alla comunicazione dei miei dati a soggetti terzi che svolgono attività di studio ed informazione di carattere commerciale dichiaro di:

autorizzare non autorizzare

Firma