

MODULO di DOMANDA

Oggetto: Prestazioni CIMACLA ai lavoratori dipendenti dell'agricoltura e valli da pesca

Spett.le: **Cassa Integrazione Malattia e A.C. Lavoratori Agricoli**

Piazza Duomo 2 - 45100 Rovigo - C.F. 8000530295 - Casella Postale nr.160

Telefono 0425.422695 - Fax 0425.422546 - email: ro.cimacla@virgilio.it



Il/La sottoscritto/a	<input type="text"/>	Cod. Fisc:	<input type="text"/>
Nato/a a:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/> il: <input type="text"/>
Residente a:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>
Via-Piazza...:	<input type="text"/>	Nr:	<input type="text"/> Tel: <input type="text"/>

In base a quanto prevede il contratto collettivo di lavoro vigente per gli operai dell'agricoltura a tempo determinato e indeterminato e dal Contratto Provinciale di Lavoro e Valli da Pesca.

CHIEDE:

<input type="checkbox"/>	L'integrazione Infortunio	dal:	<input type="text"/>	al:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	L'integrazione Malattia	dal:	<input type="text"/>	al:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	L'integrazione Puerperio	data parto:		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Il contributo speciale (per figlio/a	<input type="text"/>		portatore di handicap)	
<input type="checkbox"/>	COLONIA (per figlio/a:	<input type="text"/>		Marina	<input type="text"/>
	nato/a:	<input type="text"/>	di anni:	<input type="text"/>	Montana
<input type="checkbox"/>	CONTRIBUTO SCOLASTICO (per figlio/a	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		Cod.Fisc:	<input type="text"/>		

che dopo aver conseguito la licenza di terza media inferiore risulta iscritto/a nell'anno scolastico in corso ad una scuola media di grado superiore.

DICHIARA:

Di prestare la propria attività lavorativa presso l'azienda agricola	<input type="text"/>
Cod.Fisc:	<input type="text"/> P.Iva: <input type="text"/>
sita nel comune	<input type="text"/> Provincia: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Di versare i relativi contributi al proprio datore di lavoro a favore della C.I.M.A.C.L.A di Rovigo
<input type="checkbox"/>	Di essere iscritto/a negli elenchi anagrafici dei comuni di : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Di essere assunto con contratto (barrare la voce relativa):
<input type="checkbox"/>	O.T.I. (operaio tempo indeterminato) dalla data: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	O.T.D. (operaio tempo determinato) dal: <input type="text"/> al: <input type="text"/>
Solo per il caso di ricovero ospedaliero per cura malattia:	
Di essere stato ricoverato	dal: <input type="text"/> al: <input type="text"/> per un totale di giorni: <input type="text"/>
Di avere carico familiare (barrare la condizione ricorrente):	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

ALLEGA:

PER TUTTE LE RICHIESTE:	copia fotostatica del CODICE FISCALE e dell'ultima busta paga percepita.
PER LA MALATTIA, L'INFORTUNIO, IL PUERPERIO:	documento attestante l'avvenuta liquidazione da parte dell'INPS o dell'INAIL e, in caso di malattia curata in ospedale, certificato di dimissione, stato di famiglia in carta semplice per il puerperio e gli O.T.I. copia certificato medico di malattia.
PER LE COLONIE:	stato di famiglia in carta semplice; scheda sanitaria e certificato di nascita del minore in carta semplice.
PER CONTRIBUTO SCOLASTICO:	stato di famiglia in carta semplice; dichiarazione in carta semplice della scuola media superiore attestante l'avvenuta iscrizione e la regolare frequenza; copia del codice fiscale dello studente.
PER IL CONTRIBUTO SPECIALE: (per ragazzi portatori di handicap)	stato di famiglia in carta semplice; certificato del medico curante attestante l'invalidità dell'avente diritto; fattura della Agenzia di soggiorno o del privato che ha ospitato il minore intestata a questo Ente.

mb-1/08	Luogo:	<input type="text"/>	IL RICHIEDENTE (firma)
	Data di compilazione:	<input type="text"/>	



Cassa Integrazione Malattia e A.C. Lavoratori Agricoli

Piazza Duomo 2 - 45100 Rovigo - C.F. 8000530295 - Casella Postale nr.160
Telefono 0425.422695 - Fax 0425.422546 - email ro.cimacla@virgilio.it

Informativa ai sensi dell'Art.13 D.L. 196 del 30/06/2003

Egregio Sig./a -

La legge 196/2003, in tema di tutela della persona e della riservatezza dei dati personali, subordina il trattamento dei dati personali alla formulazione di un esplicito consenso dell'interessato.

Al fine di esprimere detto consenso il titolare del trattamento è tenuto ad informare ai quali detti dati, delle finalità per le quali sono raccolti e trattati, dei soggetti ai quali detti dati sono comunicati e diffusi. Per quanto suddetto ed ai sensi dell'Art.13 D.L. 196/2003, in relazione all'integrazione salariale presentata a questo Fondo in osservanza della disposizione citata. Le comunichiamo quanto segue; i dati personali riguardanti, la sua persona che Lei ci ha fornito o che fornirà sono utilizzati per i seguenti scopi:

- Per l'erogazione dell'indennità di malattia o infortunio;
- Per il compimento d'ogni altro adempimento previsto da norme civilistiche, previdenziali, fiscali o da altre disposizioni di Legge.

Fermo restando che l'utilizzo dei dati sarà improntato a criteri di liceità, trasparenza e correttezza, si informa che per suddette finalità e per esclusive ragioni funzionali di questo Fondo, i Suoi dati potranno essere comunicati:

- Al Fondo Cassa Integrazione Malattia Infortunio a C. Lavoratori Agricoli Rovigo per la liquidazione degli eventi di malattia e infortunio, per l'eventuale trattenuta fiscale e per gli altri obblighi di natura fiscale.
- Alle Poste e Telecomunicazioni per l'emissione degli assegni postali o altri Istituti di Credito per l'emissione di assegni bancari.

Si fa inoltre presente che il Fondo, in occasione delle operazioni di trattamento dei Suoi dati personali ed a seguito della Sua segnalazione, può venire a conoscenza di dati che la Legge citata definisce "sensibili" in quanto idonei a rilevare:

- Il Suo stato di salute;
- L'adesione di un sindacato.

Tali informazioni possono essere trattate, previo il Suo espresso consenso vista l'autorizzazione già rilasciata dal Garante per la protezione dei dati personali con provvedimento n.1 del 19/11/1997, per gli adempimenti connessi al rapporto di lavoro o previsti dalla Legge o dalla contrattazione collettiva. I dati personali saranno trattati su supporto magnetico, su supporto cartaceo, esclusivamente da soggetti autorizzati all'assolvimento di tali compiti e con l'impegno e misure di sicurezza idonee a garantire la riservatezza del soggetto interessato, l'indebito accesso a soggetti terzi o/a personale non autorizzato.

Si informa infine, che il rifiuto di prestare il consenso alla esecuzione di trattamenti indicati nella presente impedirà a questo Fondo di procedere alla liquidazione delle domande di integrazione salariale da Lei presentate.

Si confida nella Sua collaborazione al fine di operare nel pieno rispetto della Legge.

Dichiarazione di consenso

Acquisite le informazioni di cui l'Art.13 D.L. 196/2003, esprime, ai sensi degli Artt. 20 e 26, il proprio consenso ai trattamenti dei dati personali forniti alla Cassa Integrazione Malattia e A. C. Lavoratori Agricoli con particolare riferimento ai soggetti e/o Organismo cui i dati stessi potranno essere comunicati per la realizzazione degli obblighi contrattuali.

Presta infine esplicito consenso per il trattamento dei dati "sensibili" nell'ambito delle finalità e secondo le modalità indicate nell'informativa.

Firma _____