

**FONDO INTEGRAZIONE INDENNITA' DI MALATTIA INFORTUNIO LAVORATORI
AGRICOLI DIPENDENTI DI COOPERATIVE**

Corso Australia 67/1
35136 PADOVA

Il sottoscritto _____ nato il giorno _____
nel comune di _____ prov. _____
e residente del comune di _____
In via _____ n° _____ CAP _____
Telefono _____
Codice fiscale _____ (dato obbligatorio)

CHIEDE

La liquidazione dell'integrazione giornaliera della malattia o infortunio per il periodo
dal _____ al _____

Dichiaro di aver lavorato alle dipendenze della Cooperativa _____

Con sede in via _____ comune di _____ prov. _____

- In qualità di Operaio a Tempo Indeterminato con la qualifica di (comune – qualif.- ecc.)

_____ con scatti d'anzianità n° _____

- In qualità di Operaio Stagionale con la qualifica di (comune-qualificato-ecc.)

- In qualità di apprendista con la qualifica di

- Chiedo che l'importo mi venga accreditato in c/c bancario

IBAN _____

Banca di _____ Filiale di _____

⇒ Allego alla presente domanda il tagliando unito all'assegno ricevuto dall'INPS o il foglio di liquidazione dall'INAIL. In caso di apprendista certificato medico e dichiarazione della cooperativa. Il tutto DEVE essere presentato in originale con modulo compilato in ogni sua parte.

⇒ Allego alla presente copia della busta paga relativa al periodo oggetto della richiesta di integrazione.

FIRMA

Leggere e sottoscrivere nel retro l'informativa sulla legge 675/96

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 10 L. 675/96

Egr. Sig. _____, la legge 675/96, 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 le persone ai quali detti dati, delle finalità per le quali sono raccolti trattati, dei soggetti ai quali detti dati vengono comunicati o diffusi.

Per quanto suddetto ed ai sensi dell'art.10 L.675/96, in relazione alla integrazione salariale presentata a questo Fondo in osservanza delle disposizioni citate, Le comunichiamo quanto segue i dati personali riguardanti la sua persona che Lei ci ha fornito vengono utilizzati per i seguenti scopi:

- a) per l'erogazione dell'indennità di malattia e/o infortunio.
- b) Per il compimento di 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 di informa che per le suddette finalità e per esclusive ragioni funzionali al Fondo, i suoi dati potranno essere comunicati :

-al fondo integrazione malattia infortunio lavoratori agricoli dipendenti di cooperative, per la liquidazione degli eventi di malattia e infortunio, per l'eventuale trattenuta fiscale e per gli altri obblighi di natura fiscale.

- agli istituti bancari per l'emissione di assegni bancari

Si fa inoltre presente che il fondo, in occasione delle operazioni di trattamento dei suoi 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 ad 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. 1/1997 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, supporto cartaceo, esclusivamente da soggetti autorizzati all'assolvimento di tali compiti e con l'impiego di misure di sicurezza idonee a garantire la riservatezza del soggetto interessato, l'indebito accesso a soggetti terzi o personale non autorizzato.

Si informa inoltre, che il rifiuto di procedere alla liquidazione delle domande di integrazione salariale da Lei presentata.

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

DICHIARAZIONE CONSENSO

Il sottoscritto _____ acquisite le informazioni di cui all'art10. L.675/96, esprime ai sensi degli art. 11 e 20 L.675/96, il proprio consenso ai trattamenti dei dati personali forniti al Fondo integrazione indennità di malattia infortunio lavoratori agricoli dipendenti di cooperativa con particolare riferimento ai soggetti e/o organismo cui i dati stessi potranno essere comunicati per la realizzazione degli obblighi contrattuali.

Firma _____