

Spett. le EBAT
Ente Bilaterale Agricolo Territoriale
Via Fulvio Renella, 16
81100 – Caserta

PEC: ebat_caserta@pec.agritel.it
E-mail: ebatcaserta@gmail.com
TEL: 0823206685

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il ____/____/____
CF _____ residente a _____ in via _____
_____ in qualità di operaio/a agricolo/a, visto che l'art. 6/a del C.P.L. della provincia di
Caserta, per gli operai agricoli e dei florovivaisti, prevede un contributo integrativo e/o infortunio già indennizzate
dall' INPS e/o INAIL;

consapevole che:

- L' integrazione di malattia e/o infortunio richiesta è subordinata alle effettive disponibilità di bilancio dell'Ente;
- I contributi integrativi per malattia e/o infortunio potranno essere erogati dopo aver effettuato i dovuti riscontri dell'avvenuto pagamento del contributo EBAT da parte del datore di lavoro, entro i due anni dalla richiesta;

CHIEDE

a codesto spett. le Ente che il contributo integrativo, come previsto dall' art. 6/a del C.P.L. della provincia di Caserta, per le giornate di malattia e/o infortunio già indennizzate dagli Enti Erogatori (INPS — INAIL) venga effettuato sul c/c personale con codice IBAN:

Dichiara, pertanto, sotto la propria responsabilità, di essere stato/a in malattia e/o infortunio

dal _____ al _____;
dal _____ al _____;
dal _____ al _____.

Per l'anno di competenza dell'evento, ha prestato la propria attività lavorativa c/o l'impresa agricola _____ situata in _____.

Tale domanda di integrazione dovrà essere inoltrata a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo EBAT (come sopra), o con PEC (come sopra) entro e non oltre i 180 gg dalla data di liquidazione della malattia e/o infortunio.

Si allega:

- **Copia cedolino INPS e/o INAIL di liquidazioni giornate di malattia/infortunio;**
- **Copia del foglio del registro d'impresa relativo all'assunzione dell'anno precedente alla malattia/infortunio. In caso di prima assunzione allegare copia del registro d'impresa dell'anno di competenza della malattia/infortunio;**
- **Carta d'identità in corso di validità.**

PRIMO ANNO DI ASSUNZIONE

☐ SI

☐ NO

Il/La sottoscritto/a esprime il consenso ex art. 11, 12, 22 Legge 675/96 al trattamento dei propri dati personali, come individuato dall'art. 1, II ° comma, lettera b.

Dichiara altresì sotto la propria personale responsabilità, che tutta la documentazione prodotta in copia è conforme all'originale in proprio possesso.

Data e luogo

Firma
