

CASSA INTEGRAZIONE MALATTIE ASSISTENZE AGR. VARIE
C.I.M.A.A.V. – Via degli Orti, 44 – 40137 Bologna – 051/62.30.733

Oggetto: **Indennità integrativa malattia/infortunio/maternità**

Il /la sottoscritto/a.....nato/a.....il.....

Domiciliato/aCAP Via

Codice Fiscale N°. Telefono

Stato Civile.....**Codice Fiscale coniuge**.....

BANCA..... **IBAN**.....

Operaio/a Agricolo/a presso l'**Azienda Agr.**

sita in Comune di.....Via.....

(IMPORTANTE: Qualora non sia chiaramente indicato il datore di lavoro, la pratica non sarà liquidata)

Specificare : Operaio a tempo determinato () Operaio a tempo indeterminato ()

CHIEDE

() **MATERNITA'** (Quota fissa)

() L'indennità integrativa **MALATTIA** dal al

() L'indennità integrativa temporanea **INFORTUNI** dal.....al

() **CARENZA INFORTUNIO** dalal

DOCUMENTI DA ALLEGARE (in caso di mancanza di documentazione la pratica non sarà liquidata)

PER TUTTE LE INTEGRAZIONI: FOTOCOPIA BUSTA PAGA precedente l'evento;

a) *per integrazione malattia: tagliando liquidazione INPS;*

b) *per indennità temporanea integrativa infortunio: tagliando INAIL;*

c) *per integrazione Maternità: certificato di nascita del bambino.*

Data

FIRMA.....

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.L. n°. 196/03, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il calcolo e la liquidazione dell'indennità integrativa malattia/infortunio/maternità oltre agli altri obblighi di legge previsti a carico della Cassa C.I.M.A.A.V. di Bologna, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati "sensibili" quali ad esempio i dati riferiti all'adesione a sindacati, associazioni ad organizzazioni a carattere sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute. Consento in particolare i dati riguardanti l'eventuale iscrizione sindacale, siano comunicati, sempre per l'adempimento degli scopi istituzionali del C.I.M.A.A.V. agli Enti previdenziali ed assistenziali ed alle Organizzazioni Datoriali e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni. Acconsento poi alla comunicazione dei miei dati come precisato nell'informativa resami. Dichiaro inoltre di essere stato esplicitamente informato in merito ai miei diritti di cui all'art. 7 del Codice Privacy nonché degli estremi del titolare del trattamento cui rivolgermi per esercitarli.

FIRMA

RICEVUTA

Il/La Sig./ra ha presentato domanda di
 Integrazione Indennità Malattia/ Infortunio/Maternità dalal

Il giorno c/o

TIMBRO E FIRMA INCARICATO