

FONDO INTEGRAZIONE INDENNITA' MALATTIA INFORTUNIO
ENTE BILATERALE PER L'AGRICOLTURA TREVIGIANA

Via Feltrina, 56/B - 31038 Castagnole di PAESE (TV) Tel. 0422/540660 Fax 0422/454098
C.F. 94025350268 E-mail: fiimi.ebat@gmail.com PEC: fiimitv@pec.it Sito web: www.fiimiebattreviso.it

OGGETTO: Richiesta di contributo per la sorveglianza sanitaria e la formazione/informazione dei lavoratori

• **DATI AZIENDALI** (i campi sono obbligatori)

Ragione Sociale _____

Sede Legale situata in Via _____ CAP _____ Comune _____

Sede Operativa situata in Via _____ CAP _____ Comune _____

Partita IVA _____ Codice Fiscale _____

E-mail _____ PEC _____

Telefono _____ IBAN _____

• **DATI PERSONALI** (i campi sono obbligatori)

Legale Rappresentante _____

Luogo di nascita _____ il (gg/mm/aa) _____

Residente a _____ in Via _____ nr. _____ CAP _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

CHIEDE PER NR. ____ DIPENDENTI IL CONTRIBUTO

per i costi sostenuti relativi alla Sorveglianza Sanitaria Obbligatoria dei lavoratori agricoli

per i costi sostenuti relativi alla Formazione/Informazione dei lavoratori agricoli

Con la presente il Datore di lavoro dichiara di essere in regola con i versamenti dei contributi al FIIMI – EBAT, con la normativa vigente in materia di Sicurezza nei luoghi di lavoro e si impegna a comunicare, con l'apposito modulo predisposto, direttamente al FIIMI – EBAT, l'elenco dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria e/o formazione, completo dei dati anagrafici richiesti.

L'azienda dichiara che non ha richiesto, per la medesima formazione, altre forme di finanziamento, pubblico o privato.

Firma del Legale Rappresentante

Data ____ / ____ / ____

ALLEGATI:

1. Per tutte le richieste di contributo vanno allegati le copie delle fatture comprovanti le spese sostenute e le attestazioni di pagamento (bonifico bancario, contabile, ricevuta...).
2. Una fotocopia dell'ultima busta paga dei dipendenti per cui si richiede il contributo.
3. Una fotocopia del documento di identità dei dipendenti.
4. Per le visite mediche va allegata una copia del certificato di idoneità rilasciato dal medico competente.
5. Per il corso di formazione va allegata una copia dell'attestato di abilitazione rilasciato alla fine del corso.

ATTENZIONE: IL FIIMI - EBAT SI RISERVA DI NON ACCETTARE LE DOMANDE CON DATI MANCANTI ED INESATTI O PRIVE DEGLI ALLEGATI RICHIESTI

**FONDO INTEGRAZIONE INDENNITA' MALATTIA INFORTUNIO
ENTE BILATERALE PER L'AGRICOLTURA TREVIGIANA**

Via Feltrina, 56/B - 31038 Castagnole di PAESE (TV) Tel. 0422/540660 Fax 0422/454098
C.F. 94025350268 E-mail: fiimi.ebat@gmail.com PEC: fiimitv@pec.it Sito web: www.fiimiebattreviso.it

ALLEGATO: DATI ANAGRAFICI DEI DIPENDENTI PER CUI SI RICHIEDE IL CONTRIBUTO

N.	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE e INDIRIZZO DI RESIDENZA	TELEFONO e E-MAIL
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Letto, confermato e sottoscritto

Firma del Legale Rappresentante

Data: ____ / ____ / ____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO
(Ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/03 e art. 15 GDPR UE 2016/679)

Il sottoscritto presa visione dell'Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo UE 679/2016 autorizza il FIIMI-EBAT al trattamento cartaceo ed informatico dei propri dati personali e sensibili. Il trattamento avverrà per finalità e nei limiti correlati alla richiesta di rimborso in oggetto. I dati richiesti con la scheda, necessari ed indispensabili per la valutazione dei requisiti di accesso al diritto di rimborso, saranno comunicati, per le deliberazioni del caso, alle associazioni sindacali partecipanti al Comitato di Gestione e non saranno oggetto di diffusione.

Firma per il consenso

Data: ____ / ____ / ____
