Spett.le FIMAVLA – EBAT Viterbo
Via Mantova, 4
01100 Viterbo
PEC fimavlaebatviterbo@pec.it

La sottoscritta, lavoratrice agricola, CHIEDE il **"Contributo per il sostegno alla maternità"** per il parto avvenuto in data ……..……; dichiara che prima dell'astensione obbligatoria oppure nell'anno precedente il parto ha effettuato n° …..…… giornate **(almeno 51 giorni)** di lavoro presso l'azienda agricola …….…… sita nel comune di ……..., C.F. …….
e, all'uopo, dichiara sotto la propria responsabilità i seguenti dati:

Cognome e nome ……

nata a ……..…….. il ……..

residente in …….…… CAP ……...

in Via/Piazza …….…….. N° …….

Codice fiscale …….……Tel. ……

Conto Corrente IBAN: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail ……

Informativa al trattamento dei dati personali (D.Lgs. n. 196/03 e ss.mm.ii. – T.U. sulla Privacy)

La sottoscritta, con la sottoscrizione del presente documento, ***presta il proprio consenso*** per il trattamento dei dati personali, che verranno trattati ai fini del D.Lgs. n. 196/03 e ss.mm.ii. per gestire l'erogazione del contributo per il sostegno alla maternità. Titolare del trattamento dei dati sarà il FIMAVLA – EBAT Viterbo.

Tutti i dati forniti verranno trattati manualmente o con strumenti informatici e non saranno comunicati a persone o soggetti diversi dal FIMAVLA – EBAT Viterbo.

Il titolare garantisce che saranno rispettati i diritti contemplati dall'art. 7 del D.Lgs. n. 196/03 e ss.mm.ii., ivi compreso il diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero, qualora l'interessato ne avesse la necessità, l'integrazione dei dati ed il rispetto del diritto dell'interessato stesso di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento dei dati personali.

Data …… Firma della richiedente …..……..

ATTESTAZIONE DELLA DITTA

Il sottoscritto ……..……..…….. titolare/rappresentante legale dell'azienda agricola ……..…….C.F. ……
esercente attività agricola nel Comune di ……dichiaro che la sig.ra ……..……..……
nell'anno …….(**dell'evento o nell'anno precedente**) è stata alle dipendenze di questa azienda agricola con la qualifica di operaio ……. effettuando N° …..…… giornate di lavoro.
Per le stesse ho regolarmente pagato i contributi richiesti dall'INPS, ivi comprese le somme destinate al Fondo Integrazione Malattia Infortuni e all'Assistenza Contrattuale Provinciale.

Data …… Firma e timbro dell'azienda ……

DELEGA

Io sottoscritto…….. delego il seguente sindacato/patronato……
a presentare la richiesta di indennizzo malattia-infortunio e presto il consenso per il trattamento dei dati personali per gestire l'erogazione del trattamento di integrazione. Titolare del trattamento dei dati sarà il FIMAVLA – EBAT Viterbo.

Luogo..... Data..... Firma.....

Allega alla presente copia della seguente documentazione:

- Certificato di nascita del bambino/a;
- Fotocopia documento di riconoscimento
- Fotocopia tagliando liquidazione indennità di maternità dall'INPS

N.B. la mancata presentazione del certificato attestante la nascita del bambino/a, dei tagliandi di liquidazione dell'evento dall'INPS, la mancata indicazione dell'IBAN, le firme non in originale e della copia del documento di riconoscimento non consentono il pagamento di nessun indennizzo da parte del Fondo.

Per informazioni sullo stato della pratica: info@fimavlaviterbo.it; Tel. 0761/2351209 – Fax 0761/2351224

L'inoltro al Fondo della presente richiesta può essere fatto per raccomandata o per PEC entro un (01) anno dal parto.