



Arrivata il _____
Prot. N° _____

La domanda deve essere presentata **non oltre il 31 marzo** dell'anno successivo.

data, _____

E.B.T.A

Via Guardini, 63 – 38121 TRENTO
tel 0461/915547 email: cimlag@virgilio.it
pec: cimlag@pec.it ebta.tn@pec.it
sito: www.cimlag-tn.it

**Orario apertura al pubblico
con appuntamento telefonico
LUN-MAR-MER 8.30-12.00**

DOMANDA CONTRIBUTO per Visita Medica Periodica di Medicina del Lavoro e per Effettuazione Tamponi per COVID19 da parte di A.P.S.S.

Il Sottoscritto _____

Titolare/Legale Rappresentante dell'Azienda Agricola _____

Codice Fiscale/Partita IVA _____

Con sede in _____ Via _____ n. _____

Indirizzo e-mail _____ Telefono _____

CHIEDE PER N. _____ OPERAI AGRICOLI (di cui dati in allegato)

a codesto Ente Bilaterale il contributo per i costi sostenuti relativi alla Sorveglianza Sanitaria Obbligatoria degli operai agricoli dipendenti (D.Lgs. 81 del 09/04/2008) e per effettuazione tamponi per COVID19 da parte di A.P.S.S.. Chiede inoltre che il rimborso venga effettuato con bonifico bancario.

Cod. IBAN _____

C/C INTESTATO A _____ BANCA _____

Allega la seguente documentazione

- Copia della fattura (con specifica del nome degli operai agricoli soggetti alla normativa)
- Attestazione pagamento della fattura

L'accesso al contributo è previsto per le Aziende iscritte ed in regola con i versamenti contributivi all'Ente Bilaterale E.B.T.A. ed è pari al 50% della spesa sostenuta con un limite di € 50,00 per persona.

L'Azienda dichiara di essere in regola con la normativa vigente in materia di Sicurezza nei luoghi di lavoro.

Data _____ Firma TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE _____

Informativa e consenso sulla Privacy

Il sottoscritto, presa visione dell'Informativa ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo UE 679/2016 autorizza l'Ente Bilaterale Trentino dell'Agricoltura E.B.T.A. (Titolare del Trattamento e Soggetto al quale potrà far valere i diritti di cui agli Art.15 e seguenti del Regolamento Europeo) 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 al rimborso, saranno comunicati, per le deliberazioni del caso, alle associazioni sindacali partecipanti al Comitato di Gestione e non saranno oggetto di diffusione.

Data _____ Firma TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE _____

Allegato nominativi Operai Agricoli

1 Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____
Nato a _____ il _____
Indirizzo _____
n.tel _____ email _____
operaio a tempo: **indeterminato** **determinato**

2 Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____
Nato a _____ il _____
Indirizzo _____
n.tel _____ email _____
operaio a tempo: **indeterminato** **determinato**

3 Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____
Nato a _____ il _____
Indirizzo _____
n.tel _____ email _____
operaio a tempo: **indeterminato** **determinato**

4 Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____
Nato a _____ il _____
Indirizzo _____
n.tel _____ email _____
operaio a tempo: **indeterminato** **determinato**

5 Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____
Nato a _____ il _____
Indirizzo _____
n.tel _____ email _____
operaio a tempo: **indeterminato** **determinato**

6 Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____
Nato a _____ il _____
Indirizzo _____
n.tel _____ email _____
operaio a tempo: **indeterminato** **determinato**