

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

Spett.le

E.B.T.A.

Via R. Guardini n, 63 – 38121 Trento

Tel. 0461/915547

email: segreteria@ebta.it

pec: ebta.tn@pec.it

web: www.ebta.it

Orario apertura al pubblico:

previo appuntamento

LUN-MAR-MERC 8.30 – 12.00

Data: ___/___/___

Il sottoscritto _____ Titolare/Legale Rappresentante

dell'Azienda Agricola _____ p.iva _____

sita nel Comune di _____ Via _____ n _____

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____

IBAN: IT _____ **Banca** _____

(Pagamento tramite bonifico bancario. Il costo di eventuale bonifico bancario internazionale sarà a carico del beneficiario.)

CHIEDE CONTRIBUTI PER i COSTI SOSTENUTI PER

**CORSI DI FORMAZIONE PROFESSIONALIZZANTE E IN MATERIA DI
SICUREZZA SUL LAVORO
PER N. _____ OPERAI AGRICOLI / TITOLARE
(di cui dati in allegato)**

ai sensi del D.Lgs. 81 del 09/04/2008 Art. 34 (corsi RSPP per datore di lavoro), Art. 37 (corsi per lavoratori dipendenti), Art. 73 (abilitazione all'uso di attrezzature).

Documenti da allegare:

- Copia della fattura e attestazione pagamento (con specifica del nome dei partecipanti al corso di formazione)

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 giornata formativa.

L'Azienda dichiara sotto la propria responsabilità civile e penale:

- di essere in regola con la normativa vigente in materia di Sicurezza nei luoghi di lavoro e che i dati esposti sono conformi a verità ed alle registrazioni effettuate sui libri paga e matricola.

- che i lavoratori per i quali viene richiesto il contributo, risultano regolarmente assunti al momento della frequenza del corso.

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 e titolari

1 Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____
Nato a _____ il _____
Indirizzo _____
n.tel _____ email _____

operaio a tempo: **indeterminato** **determinato**

titolare

2 Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____
Nato a _____ il _____
Indirizzo _____
n.tel _____ email _____

operaio a tempo: **indeterminato** **determinato**

titolare

3 Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____
Nato a _____ il _____
Indirizzo _____
n.tel _____ email _____

operaio a tempo: **indeterminato** **determinato**

titolare

4 Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____
Nato a _____ il _____
Indirizzo _____
n.tel _____ email _____

operaio a tempo: **indeterminato** **determinato**

titolare

5 Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____
Nato a _____ il _____
Indirizzo _____
n.tel _____ email _____

operaio a tempo: **indeterminato** **determinato**

titolare

6 Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____
Nato a _____ il _____
Indirizzo _____
n.tel _____ email _____

operaio a tempo: **indeterminato** **determinato**