



## DICHIARAZIONE DEL LAVORATORE

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

attualmente alle dipendenze della ditta \_\_\_\_\_  
**delega**

la ditta \_\_\_\_\_ codice fiscale/P.Iva \_\_\_\_\_.

a richiedere all'Ente Bilaterale Trentino dell'Agricoltura (E.B.T.A.) la prestazione integrativa per:

- malattia;
- infortunio;

La ditta provvederà ad anticipare al lavoratore l'indennità integrativa e ad essere a sua volta liquidata degli importi versati al lavoratore dall'Ente Bilaterale Trentino dell'Agricoltura (E.B.T.A.)

data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **Informativa breve ai sensi dell'art. 13 Regolamento Europeo n. 679/2016**

La informiamo che i dati da Lei conferiti saranno comunicati all'Ente Bilaterale Trentino dell'Agricoltura (E.B.T.A.), con la finalità di identificare il lavoratore e permetterle di perfezionare la sua domanda di integrazione. È possibile rivolgersi al Responsabile scrivendo a [segreteria@ebta.it](mailto:segreteria@ebta.it) per ricevere informazioni più dettagliate sulle modalità di trattamento e per esercitare i diritti di accesso, rettifica dei propri dati.

data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_