

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 per ricevere informazioni più dettagliate sulle modalità di trattamento e per esercitare i diritti di accesso, rettifica dei propri dati.

data ___/___/_____

Firma _____