

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**

**VISITA MEDICA PERIODICA DI MEDICINA DEL LAVORO**

**PER N. \_\_\_\_\_ OPERAI AGRICOLI / TITOLARE  
(di cui dati in allegato)**

**relativi alla Sorveglianza Sanitaria Obbligatoria degli operai agricoli dipendenti (D.Lgs. 81 del 09/04/2008)**

**Documenti da allegare:**

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

**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 per persona.**

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.

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**  
 **titolare**