

**Spett.le  
E.B.T.A.  
Via R. Guardini n, 24 – 38121 Trento  
Tel. 0461/915547  
email: segreteria@ebta.it  
pec: ebta.tn@pec.it  
web: www.ebta.it**

La domanda deve essere presentata **non oltre il 31 marzo** dell'anno successivo a quello di inizio malattia.

**Orario apertura al pubblico:  
previo appuntamento telefonico  
dal lunedì al venerdì 8.30 – 12.00**

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (cognome e nome)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Frazione \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**IBAN:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**CHIEDE L'EROGAZIONE DELL'INTEGRAZIONE PER**

**MALATTIA dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**Lavoratore/trice a tempo determinato**

**A TALE SCOPO DICHIARA**

Di aver prestato durante il periodo per il quale viene richiesta l'integrazione, o di prestare la propria attività presso l'azienda agricola (ragione sociale) \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

con la qualifica:

- Comune
- Qualificato
- Qualificato super
- Specializzato
- Specializzato super

Il rapporto di lavoro è iniziato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e terminato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

se tempo parziale inserire % \_\_\_\_\_

**N.B. VERRA' INTEGRATA L'INDENNITA' LIMITATAMENTE ALLE GIORNATE COMPRESSE NEL PERIODO D'ASSUNZIONE.  
Il lavoratore deve aver effettuato nell'anno in corso o in quello precedente almeno 51 giornate lavorate in agricoltura.  
Per i lavoratori a part/time l'integrazione verrà calcolata in base alla loro percentuale.**

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE**

- copia del certificato medico;
- copia busta/e paga relativa al periodo di malattia;
- copia documento di identità.

Il/la richiedente

\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell'art. 13 Regolamento Europeo n. 679/2016 e dal D.Lgs n. 101/2018**

Ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/2016 La informiamo che E.B.T.A. raccoglie i suoi dati personali comuni e particolari al fine di poter procedere al riconoscimento delle domande di integrazione per malattia.

Il trattamento dei suoi dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza e verrà effettuato dal nostro personale debitamente istruito e sostenuto agli obblighi di condotta riservata, sia mediante supporti cartacei, sia attraverso l'ausilio di strumenti elettronici.

Le ricordiamo che è possibile recarsi presso i Patronati di categoria per compilare il modulo della domanda: sarà cura dello stesso Patronato trasmettere il modulo da lei compilato al nostro ufficio.

Le chiediamo di fornirci i suoi dati anche mediante specifici documenti:

*Per i lavoratori fissi (a tempo indeterminato)*

- ✓ copia del certificato medico
- ✓ copia busta/e paga relative al periodo di malattia

*Per i lavoratori stagionali (a tempo determinato)*

- ✓ copia del certificato medico
- ✓ copia busta/e paga relativa al periodo di malattia

La informiamo che in mancanza di questi suoi dati sarà impossibile per E.B.T.A. adempiere alla sua richiesta di integrazione.

I suoi dati personali saranno da noi comunicati al Comitato di Gestione per l'approvazione della domanda presentata come previsto dall'art. 11 dello Statuto di E.B.T.A.

A seguito della liquidazione della sua pratica le verrà inviato il documento di dettaglio calcolo integrazione e, ove prevista, la certificazione unica (CU) entro i termini di legge.

Verrà conservata presso E.B.T.A. tutta la documentazione richiesta per l'espletamento degli obblighi di legge e per le finalità amministrative nei limiti e nei tempi necessari.

Per esercitare i Suoi Diritti di accesso, rettifica, portabilità dei suoi dati, Lei potrà rivolgersi in qualunque momento al Titolare del trattamento:

E.B.T.A.

contatto telefonico: 0461.915547

contatto email: [segreteria@ebta.it](mailto:segreteria@ebta.it).

Data, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'interessato/a

  

---