

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

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

La domanda deve essere presentata **non oltre il 31 marzo**
dell'anno successivo a quello della data fattura.

Data, ___/___/_____

(cognome e nome)

Il/la sottoscritto/a _____ Codice fiscale _____

Nato/a a _____ il ___/___/____ Residente a _____ Provincia (___)

Cap _____ Via _____ Frazione _____

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____

IBAN:

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

CHIEDE L'EROGAZIONE DELL'INTEGRAZIONE PER

PRESTAZIONI SANITARIE

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. L'INTEGRAZIONE VIENE ESTESA ANCHE PER PRESTAZIONI IN LIBERA PROFESSIONE CON UN MASSIMO DI € 50,00 A FATTURA.

Saranno rimborsate le sole fatture con data compresa nel periodo di assunzione.

Le prestazioni sostenute dai famigliari e figli a carico fino al 18° anno di età, sono integrate nella misura del 50%.

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 fatture;
- impegnativa del medico curante per ogni prestazione;
- copie buste paga del mese delle prestazioni;
- copia documento di identità;
- stato famiglia se spese sostenute per famigliari a carico e copia frontespizio mod. 730;
- dichiarazione datore di lavoro "numero giornate annue lavorate complessive";
(L'integrazione sarà calcolata tenendo conto del rapporto giornate lavorate/180).

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 prestazioni sanitarie.

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:

- ✓ copia fatture
- ✓ impegnativa del medico curante per ogni fattura/documento
- ✓ copie buste paga del mese delle prestazioni
- ✓ stato famiglia se spese sostenute per famigliari a carico e frontespizio mod. 730
- ✓ copia documento di identità valido
- ✓ dichiarazione del datore di lavoro delle ore complessive lavorate annuali

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 e-mail: segreteria@ebta.it.

Data, ___/___/____

Firma dell'interessato/a
