E.B.T.A.
Ente Bilaterale
Trentino
dell'Agricoltura

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

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 indeterminato

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:

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

se tempo parziale inserire % _____

N.B. L'INTEGRAZIONE VIENE ESTESA ANCHE PER PRESTAZIONI IN LIBERA PROFESSIONE CON UN MASSIMO DI € 50,00 A FATTURA.
Le prestazioni sostenute dai famigliari e figli a carico fino al 18° anno di età, sono integrate nella misura del 50%.
Saranno rimborsate le sole fatture con data compresa nel periodo di 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 fatture;
- impegnativa del medico curante per ogni prestazione;
- copia busta paga del mese della prestazione;
- stato famiglia se spese sostenute per famigliari a carico e copia frontespizio mod. 730;
- copia documento di identità.

Il/la richiedente

_____

E.B.T.A.
Ente Bilaterale
Trentino
dell'Agricoltura

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

Ai sensi dell'art. 13 del GDRP 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
- ✓ copia busta paga del mese effettuazione prestazioni
- ✓ stato famiglia se spese sostenute per famigliari a carico e copia frontespizio mod. 730
- ✓ copia documento di identità

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

_____