



Ente Bilaterale Agricolo Territoriale di Siracusa
C. I. M. I.

(Cassa Integrazione Malattia ed Infortuni)

Ente fondato dalle Associazioni di categoria e dei lavoratori della provincia di Siracusa



RICHIESTA CORSI DI FORMAZIONE

All'Ente Bilaterale Agricolo Territoriale
Gestione C.I.M.I.
Via Tevere,64
96100 Siracusa-
cimisiracusa@pec.it

Il/la sottoscritto/a _____ **Nato a** _____ **il** _____

Residente a _____ **Via** _____ **CAP** _____ **C.F.** _____

Tel. /cell. _____ **In qualità di titolare** **/ legale rappresentante dell'azienda agricola** **/ dipendente dell'azienda** _____

_____ **con sede legale in** _____ **c.f./p.iva** _____

DICHIARA

- **DI ESSERE IN REGOLA CON I CONTRIBUTI FIMI E CAC**

- **DI ESSERE IN REGOLA CON IL PAGAMENTO DELLE RATE DEL PIANO DI DILAZIONE DEI CONTRIBUTI FIMI E CAC CONCESSO DAL CIMI-EBAT**.....

- **DI ESSERE DIPENDENTE o ESSERE STATO ASSUNTO NEGLI ULTIMI 12 MESI PRESSO AZIENDA CHE RIENTRA IN UNA DELLE CONDIZIONI DI CUI SOPRA**
indicare l'azienda in cui è stato assunto nei 12 mesi antecedenti e allegare copia della busta paga

.....

CHIEDE

Per i seguenti operai agricoli attualmente alle proprie dipendenze o che hanno presentato istanza di riassunzione ai sensi dell'art.6 del CPL.

N.	cognome operaio	nome operaio	codice fiscale operaio	data inizio rapporto	qualifica	cellulare
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						

La partecipazione ai seguenti Corsi di formazione:

- **CORSO RSPP** indicare il numero di numero di partecipanti _____
- **RINNOVO RSPP** indicare il numero di numero di partecipanti _____
- **CORSO PER PREPOSTI** indicare il numero di numero di partecipanti _____
- **CORSO PER PREPOSTI AGGIORNAMENTO** indicare il numero di numero di partecipanti _____
- **CORSO RLS** indicare il numero di numero di partecipanti _____



Ente Bilaterale Agricolo Territoriale di Siracusa

C. I. M. I.

(Cassa Integrazione Malattia ed Infortuni)

Ente fondato dalle Associazioni di categoria e dei lavoratori della provincia di Siracusa



- **RINNOVO RLS** indicare il numero di numero di partecipanti _____
- **CORSO ANTINCENDIO** indicare il numero di numero di partecipanti _____
- **CORSO DI PRIMO SOCCORSO** indicare il numero di numero di partecipanti _____
- **CORSO INFORMAZIONE/FORMAZIONE LAVORATORE** indicare il numero di numero di partecipanti _____
- **CORSO PER CARELLISTI/MULETTISTI/TRATTORISTI** indicare il numero di numero di partecipanti _____
- **CORSO PER ALIMENTARISTI** indicare il numero di numero di partecipanti _____
- **VISITE MEDICHE** indicare il numero di partecipanti _____

FIRMA

Luogo e data

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____

Ricevute le informazioni di cui al Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/03 e preso atto sia che i dati personali che la riguardano rientrano tra i così detti dati "sensibili", che dei diritti, esprime senza riserve il consenso, previsto dal D.L. n. 196 del 30.06.03, al trattamento da parte del C.I.M.I. per il perseguimento delle sue finalità istituzionali, sia dei dati personali che riguardano il sottoscritto che dei dati personali "sensibili".

FIRMA
