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

CGIL FLAI — FAI CISL — UILA — CONFAGRICOLTURA — COLDIRETTI — CIA Confederazione italiana agricoltori

MODELLO RICHIESTA VISITE MEDICHE 2025

All'Ente Bilaterale Agricolo Territoriale
C.I.M.I. -E.B.A.T
Via Tevere,64
96100 Siracusa
cimisiracusa@pec.it

Il/la sottoscritto/a _____nato a _____

il_____ e residente in Via _____ Comune_____

_____Prov._____CAP_____C.F._____

Tel. /cell._____in qualità di titolare / legale rappresentante dell'azienda agricola

_____con sede legale in _____

_____c.f./p.iva _____che applica il CPL

Operai Agricoli di Siracusa e, tenuta quindi, al versamento dei contributi obbligatori contrattuali FIMI e CAC

C H I E D E

di partecipare al bando per l'erogazione del contributo visite mediche 2025 per l'erogazione del contributo di €.10,00 a visita medica, per avere sottoposto n…… dipendenti alle visite mediche previste dal D.Lgs. 9 aprile 2008, n.81 e ss.mm.ii.

A TAL FINE DICHIARA

- che nell'anno…… è operante ed iscritta all'INPS della Provincia di Siracusa;
- di essere in regola con i versamenti dei contributi all'ente Bilaterale Agricolo di Siracusa (CAC provinciale e FIMI) negli ultimi 5 anni;
- il numero dei lavoratori sottoposti a visite mediche è stato di…….

Codice IBAN obbligatorio

- prospetto riepilogativo dei lavoratori sottoposti a visita medica;
- copia modello UNILAV dei suddetti lavoratori;
- fattura, debitamente quietanzata del medico competente con il numero dei lavoratori sottoposti a visita medica preventiva;
- copia bonifico

FIRMA

Luogo e data

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____

Ricevute le informazioni inerenti il trattamento dei propri dati (come da allegato alla presente istanza), così come previsto dal GDPR (reg. UE679/2016 e, specificatamente degli articoli: 13 e 14), esprime il consenso al trattamento dei propri dati da parte del CIMI-EBAT SIRACUSA, per lo svolgimento delle attività connesse alla richiesta di cui la presente istanza. Dichiara, inoltre, che i dati su riportati sono veritieri

_____li_____ _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE