



Oggetto: richiesta contributo integrativo malattie infortuni.

Lì .....

Cell. 335 5835929

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. n° \_\_\_\_\_ dipendente quale:

(\*) OPERAIO A TEMPO INDETERMINATO

(\*) OPERAIO A TEMPO DETERMINATO

OPERAIO PART - TIME \_\_\_\_\_%

dell'Azienda Agricola denominata \_\_\_\_\_ posta

in Comune di \_\_\_\_\_ chiede che gli sia concesso il

contributo integrativo previsto dal Contratto Provinciale di Lavoro per

n° \_\_\_\_\_ giornate di malattia - infortunio (\*) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Allega alla presente, come prescritto, busta paga, certificato medico e il tagliando di liquidazione dell'indennità corrisposta dall'INAIL

(\*) n° certificato \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ attestante il numero delle giornate indennizzate.

## MODALITA' DI PAGAMENTO

Accredito su c/c  
intestato al sottoscritto IBAN \_\_\_\_\_

ISTITUTO BANCARIO \_\_\_\_\_

Allega fotocopia attestazione della banca del codice IBAN o copia modello SR163-INPS

\_\_\_\_\_  
Firma e timbro dell'Azienda

\_\_\_\_\_  
Firma del lavoratore

(\*) cancellare la voce che non interessa

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto in relazione all'informativa fornita, riportata sul retro del presente modulo, ai sensi dell'art. 13 D.Lg.vo. n. 196/03 esprime, il proprio consenso e quindi acconsente al trattamento dei propri dati personali e/o aziendali per il perseguimento delle finalità istituzionali del Fondo Indennità Malattie Infortuni e Assistenze Varie, nonché per la realizzazione delle attività descritte nell'informativa con particolare riguardo alla loro comunicazione all'istituto di credito per la liquidazione dell'indennità e per le altre comunicazioni per le attività istituzionali svolte dal Fondo. Esprime altresì il consenso per la comunicazione e diffusione dei dati a soggetti terzi appartenenti alle categorie individuate nella suddetta informativa.

Esprime infine esplicito consenso per il trattamento dei dati personali ritenuti "sensibili" nell'ambito delle finalità e secondo le modalità indicate nell'informativa, avendo avuto conoscenza che i dati medesimi possono rientrare nell'ambito di tale categoria.

\_\_\_\_\_  
Firma e timbro dell'Azienda

\_\_\_\_\_  
Firma del lavoratore

**IMPORTANTE: LA DOMANDA CORREDATA DI TUTTI I DOCUMENTI NECESSARI ALLA LIQUIDAZIONE DEVE ESSERE CONSEGNATA IN ORIGINALE ALLA SEGRETERIA DEL FONDO IN VIA DEL BRENNERO N. 2788 LUCCA, OPPURE INVIATA PER RACCOMANDATA.**

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. Lg.vo n. 196/03**

Egr. Sig./Spett.le Azienda

La informiamo che, ai sensi del D.Lg.vo 30 giugno 2003, n. 196 in materia di protezione dei dati personali, i trattamenti di dati personali sono soggetti, previa informativa sull'utilizzo che se ne intende operare, al consenso da parte del soggetto interessato.

Nel comunicarLe che il trattamento dei Suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando in ogni caso la riservatezza degli stessi, Le forniamo di seguito l'informativa richiesta dall'art. 13 del D.Lg.vo 30 giugno 2003, n. 196 con particolare riferimento alle finalità ed alle modalità del trattamento cui sono destinati i dati ed ai soggetti ai quali i dati possono essere comunicati.

Al riguardo si informa che:

- i dati personali riguardanti Lei e/o i suoi familiari ed i dati aziendali da Lei forniti o da noi acquisiti nell'ambito dell'attività istituzionale, verranno trattati per il raggiungimento delle finalità istituzionali, connesse e strumentali all'attività del FIMIAV, nonché per lo svolgimento di tutte le attività che il FIMIAV realizza a favore dei propri assistiti;

- i trattamenti di cui al punto precedente avverranno mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potranno avvenire anche attraverso l'utilizzo di strumenti automatizzati (supporto magnetico e/o telematico) e/o cartacei.

Il conferimento dei dati è limitato a quelli necessari per l'erogazione delle indennità previste dal FIMIAV a favore degli assistiti.

I suoi dati personali ed aziendali sono utilizzati, come è a Lei noto, per:

a) l'adempimento degli obblighi contrattuali con particolare riferimento al conteggio, l'elaborazione ed il pagamento delle indennità integrative malattie, infortuni e varie;

b) il compimento di ogni altro adempimento previsto da norme civilistiche, previdenziali, fiscali o da altre disposizioni di legge.

Fermo restando che l'utilizzo dei dati sarà improntato a criteri di liceità, trasparenza e correttezza, si informa che le suddette finalità e per esclusive ragioni funzionali del FIMIAV, i Suoi dati potranno essere comunicati:

c) alla banca per la liquidazione delle indennità;

d) ad organismi pubblici o privati per l'espletamento delle attività istituzionali del FIMIAV;

e) alla LUCCA AGRICOLA S.R.L. UNINOMINALE per gli adempimenti fiscali e previdenziali connessi all'erogazione delle indennità (Mod. 770, CUD ecc.).

Si fa inoltre presente che il FIMIAV, in occasione delle operazioni di trattamento dei Suoi dati personali ed a seguito di una Sua segnalazione, può venire a conoscenza di dati che la legge citata definisce "sensibili", in quanto idonei a rivelare:

- uno stato di salute (certificati relativi ad assenze per malattia, maternità, infortuni .....);

- l'adesione ad un sindacato (assunzione di cariche sindacali) o ad un partito politico (richiesta di aspettative o di permessi per cariche pubbliche elettive);

Tali informazioni potranno essere trattate solo per gli adempimenti connessi alla richiesta delle indennità e/o previsti dalla legge.

I dati personali saranno trattati su supporto magnetico e/o telematico o su supporto cartaceo, esclusivamente da soggetti autorizzati all'assolvimento di tali compiti, e con l'impiego di misure di sicurezza idonee a garantire la riservatezza del soggetto interessato, l'indebito accesso a soggetti terzi o a personale non autorizzato.

Ci corre l'obbligo di comunicarLe, ai sensi dell'art. 13 lett. c) D.Lg.vo n. 196/03 che l'eventuale rifiuto ad acconsentire ai trattamenti su descritti ed alla loro comunicazione ai soggetti appartenenti alle categorie indicate, impedirà al FIMIAV di effettuare trattamenti diversi da quelli strettamente necessari per l'adempimento di obblighi contrattuali o imposti dalla legge. In particolare il mancato consenso impedirà di effettuare i trattamenti di cui alle lettere c),d),e) della presente.

Come richiesto dall'art. 13 lett. f) del D.Lg.vo n. 196/03, Le comunichiamo, infine, che il titolare del trattamento è il FONDO INDENNITA' MALATTIE INFORTUNI E ASSISTENZE VARIE di Lucca con sede in Lucca, Via del Brennero n. 2788 fraz San Pietro a Vico, mentre responsabile del trattamento stesso è il Presidente pro tempore, domiciliato per la carica presso il FONDO INDENNITA' MALATTIE INFORTUNI E ASSISTENZE VARIE di Lucca.

Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lg.vo n. 196/03.

Nel confidare nella Sua fattiva collaborazione per consentirci di operare nel pieno rispetto della legge, La invitiamo a sottoscrivere la dichiarazione di consenso.

Il Presidente

\*\*\*\*\*

**AVVERTENZE**

- ⇒ La presente domanda di contributo deve essere presentata **non oltre 45 giorni** dalla data di liquidazione dell'indennità **INPS** o **INAIL**.
- ⇒ Il contributo integrativo viene concesso per il numero di giornate di malattia o di infortunio indennizzate dall'**INPS** o dall'**INAIL** e sono escluse pertanto le giornate non indennizzate da tali **Enti**.
- ⇒ Il contributo integrativo non potrà essere concesso se l'azienda agricola presso la quale il richiedente presta servizio non ha versato il contributo **FIMIAV** dell'annata nella quale si è verificato l'evento di malattia o di infortunio.
- ⇒ Eventuali reclami circa l'importo del contributo integrativo concesso devono essere presentati al **FIMIAV** non oltre **15 giorni** dal ricevimento dell'assegno.

\*\*\*\*\*