



E.B.A.T.-F.A.V.L.A. CUNEO

Ente Bilaterale Agricolo Territoriale F.A.V.L.A. CUNEO

12100 Cuneo- Corso Carlo Brunet, 5- Tel./Fax. 0171/692477 C.F. 80008070049

RICHIESTA CONTRIBUTO

SUSSIDI SPECIALI PER MORTE/INVALIDITA' PERMANENTE

(da presentare entro 90 giorni dalla data del decesso del dipendente agricolo)

Il sottoscrittonato a..... il...../...../.....
Cod. Fis. residente in.....
via/fraz. n..... Cell.....
in qualità di..... del dipendente agricolo.....
deceduto in data...../...../..... dichiara sotto la propria responsabilità di essere erede legittimo del dipendente

RICHIEDE

**Il versamento del contributo Sussidi Speciali per Morte/Invalidità Permanente
del dipendente agricolo**

Si allegano:

Documento Identità dipendente agricolo e degli eredi legittimi
Certificato di Morte/Invalidità Permanente del dipendente agricolo
Stato di Famiglia del dipendente agricolo
Documentazione comprovante lo stato di salute dell'invalido (Invalidità Permanente)
Autocertificazione eredi e Autorizzazione accredito contributo ad unico erede (Morte)

Il contributo sarà liquidato mediante bonifico alle seguenti coordinate bancarie:

IBAN.....

Intestato a

Data/...../..... Firma

Il contributo sarà erogato con bonifico entro 90 giorni dal ricevimento della domanda da EBAT-FAVLA all'IBAN indicato.

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO

Il sottoscrittoin qualità di
titolare/legale rappresentante dell'azienda agricola.....


con sede in via/fraz. n.

P.iva Cod. Fis. Tel.....

DICHIARA

di avere / avere avuto alle proprie dipendenze il Sig.in qualità di operaio agricolo a tempo
indeterminato/determinato dal..... al.....

Data/.../..... Firma.....

	MODELLO ORGANIZZATIVO PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI		
	INFORMATIVA RICHIESTA CONTRIBUTI ex art. 13 del G.D.P.R.		Edizione 01 Revisione 00
			Pag. 1
03-INF		N° di pagine 1	04/05/2021

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del GDPR, si informa che i dati personali da Lei forniti saranno trattati esclusivamente per la finalità di erogazione del contributo richiesto.

Il titolare del trattamento è E.B.A.T.-F.A.V.L.A., con sede legale in C.so C. Brunet n. 5, 12100 - Cuneo, P.IVA 80008070049, tel. 0171.692477, email info@favla.it, PEC ebatfavla@cert.unonet.it, in persona del Legale rappresentante *pro tempore*.

Il conferimento dei dati richiesti per la finalità di cui sopra è necessario; un eventuale rifiuto, anche parziale, di fornire tali dati comporterebbe l'impossibilità di instaurare e gestire il rapporto stesso.

Il trattamento dei dati sarà effettuato tramite supporti cartacei ed informatici dal titolare del trattamento e dai suoi responsabili e designati, con l'osservanza di ogni misura cautelativa che ne garantisca la sicurezza e la riservatezza. I dati saranno conservati per 10 anni su server ubicati all'interno dell'Unione Europea e non saranno in alcun modo oggetto di diffusione.

Si precisa, inoltre, che per il trattamento di cui alla presente informativa, il Titolare non esegue processi decisionali automatizzati né esegue operazioni di profilazione. In qualità di interessato potrà rivolgersi a E.B.A.T.-F.A.V.L.A. per accedere ai propri dati e farli rettificare e/o per esercitare gli altri diritti applicabili previsti dagli artt. 15 e ss. GDPR.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/_____ c.f. _____

nato a _____ (____) il ____/____/____

Il/la Sottoscritto/_____ c.f. _____

nato a _____ (____) il ____/____/____

Il/la Sottoscritto/_____ c.f. _____

nato a _____ (____) il ____/____/____

consapevoli che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARANO

- che in data ____/____/____ è deceduto a _____
il dipendente agricolo _____ nato a _____ (____)
il ____/____/____ residente in _____
Codice Fiscale del dipendente agricolo _____

- Di essere legittimi eredi del dipendente agricolo _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Luogo e data, _____

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/ _____ c.f. _____

nato a _____ (_____) il _____ / _____ / _____

Il/la Sottoscritto/ _____ c.f. _____

nato a _____ (_____) il _____ / _____ / _____

Il/la Sottoscritto/ _____ c.f. _____

nato a _____ (_____) il _____ / _____ / _____

consapevoli che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARANO

Di _____ essere _____ legittimi _____ eredi _____ del _____ dipendente
agricolo _____ c.f. _____

nato a _____ (_____) il _____ / _____ / _____

deceduto a _____ (_____) il _____ / _____ / _____

Autorizzano il co-erede _____ c.f. _____

nato a _____ (_____) il _____ / _____ / _____

a richiedere e successivamente percepire il Contributo riconosciuto da EBAT-FAVLA (Sussidi Speciali per Morte).

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Luogo e data, _____