

RICHIESTA CONTRIBUTI E.B.A.T. – F.A.V.L.A.

Corso C. Brunet 5 – 12100 Cuneo

Il Sottoscritto in qualità di titolare/legale
rappresentante dell'azienda agricola..... con sede in
..... via/fraz. n. P.iva
Cod. Fis. Tel

Avendo provveduto regolarmente al versamento dei Contributi E.B.A.T.-F.A.V.L.A., con la presente è a richiedere il contributo per:

ACQUISTO D.P.I. (Dispositivi di Protezione Individuale)

Richiede il contributo per una somma pari a €

I D.P.I. sono stati messi a disposizione dei seguenti lavoratori attualmente in servizio:

.....
.....
.....

Si allegano:

Copia comunicazione di assunzione del/dei lavoratore/i
Fattura quietanzata acquisto dei D.P.I.

CONTRIBUTO SORVEGLIANZA SANITARIA

Avendo provveduto in data .../.../..... all'assunzione del lavoratore

- Con contratto a tempo indeterminato (max. n. 03 dipendenti per ogni anno)
- Con contratto a tempo determinato che prevede una prestazione >51 giornate annue (max. n. 03 dip. per ogni anno)
- Con contratto a tempo determinato che prevede una prestazione <51 giornate annue

Avendo provveduto all'attivazione della sorveglianza sanitaria a favore dello stesso lavoratore si richiede il contributo per una somma pari a €

Si allegano:

Copia comunicazione di assunzione del lavoratore
Fattura quietanzata Studio Medico che ha effettuato la visita medica

CONTRIBUTO NASCITA FIGLIO

Avendo provveduto in data .../.../..... all'assunzione del lavoratore

- Con contratto a tempo indeterminato
- Con contratto a tempo determinato con almeno 101 giornate di effettivo lavoro antecedenti alla nascita del figlio

Richiede il versamento del contributo una tantum per la nascita del figlio/a

Si allegano:

Copia comunicazione di assunzione del lavoratore
Copia cedolino paga relativo al mese di corresponsione contributo per nascita figlio/a

CONTRIBUTO FRUIZIONE N. 2 GIORNATE PERMESSO STRAORDINARIO PER NASCITA FIGLIO/A

Avendo provveduto in data .../.../..... all'assunzione del lavoratore

- Con contratto a tempo indeterminato
- Con contratto a tempo determinato con almeno 101 giornate di effettivo lavoro

Richiede il versamento del contributo per la fruizione da parte del lavoratore di n. 2 giornate di permesso straordinario per la nascita del figlio/a

Si allegano:

Copia comunicazione di assunzione del lavoratore
Copia cedolino paga relativo al mese di fruizione del permesso

CONTRIBUTO PERMESSO MATRIMONIALE

Avendo il lavoratore,, nato il .../.../..... a, Cod. Fisc.
contratto matrimonio in data/...../..... con contratto a tempo determinato con almeno 150 giornate di lavoro prestate
nell'anno in corso o nell'anno precedente

Richiede il versamento del contributo per la fruizione da parte del lavoratore del permesso di congedo matrimoniale

Si allegano:

Certificato di matrimonio

Copia cedolino paga relativo al mese di fruizione del permesso

Calcolo costo lordo sostenuto

CONTRIBUTO PERMESSO RETRIBUITO PER TRATTAMENTI MEDICI

Avendo provveduto in data .../.../..... all'assunzione del lavoratore
con contratto a tempo indeterminato/determinato
considerato che in data .../.../..... il lavoratore ha fruito di un permesso retribuito per trattamenti medici relativi a malattia oncologica
oppure a trattamenti di dialisi

richiede il rimborso del costo sostenuto per il giorno di permesso.

Si allegano:

attestazione del medico/studio medico che ha effettuato il trattamento medico

Copia cedolino paga relativo al mese di fruizione del permesso

Calcolo costo lordo sostenuto

Il contributo può essere liquidato mediante bonifico alle seguenti coordinate:

IBAN

Data .../.../.....

Firma