

RISERVATO ALL' ENTE

PROTOCOLLO N.

DA

DATA D'ARRIVO

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a a il residente a

in Via N.

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | telefono n.....

email.....*(necessaria per l'invio della Certificazione Unica)

chiede la liquidazione dell'indennità giornaliera integrativa di malattia, istituita con contratti collettivi provinciali del 22/11/1965 e successive modifiche e/o integrazioni, per il periodo:

dal al dal al

dal al dal al

A tal fine **dichiara** che nell'anno ha prestato la propria attività lavorativa presso l'azienda agricola:
telefono n.

in qualità di operaio/a a: tempo determinato tempo indeterminato

in qualità di operaio/a a: ☐ tempo determinato ☐ tempo indeterminato

☐ 1° liv ☐ 2° liv ☐ 3° liv ☐ 4° liv ☐ 5° liv ☐ 6° liv ☐ 7° liv ☐ 8° liv

Il/La sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni civili e penali previste dalle vigenti norme di legge per coloro che rendono dichiarazioni false e compiano atti fraudolenti al fine di procurare a sè stessi o ad altri prestazioni previdenziali o assistenziali indebite.

Chiede che l'importo spettante venga accreditato sul proprio conto corrente:

[illegible]

Presso il nostro Ente è effettuato il trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente. 1) **Titolare del trattamento è Agri.Bi Ente Bilaterale per l'Agricoltura Veronese** in persona del Presidente pro tempore, con sede legale in Via Sommacampagna 63 D/E, tel.: 045 8628811 e-mail: privacy@agribi.verona.it. Il titolare del trattamento ha provveduto a nominare il Data Protection Officer (D.P.O.) contattabile all'indirizzo e-mail: dpo@agribi.verona.it

Data

Firma

***Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte**

RICHIESTA INTEGRAZIONE INDENNITA' MALATTIA OPERAI A TEMPO INDETERMINATO E/O DETERMINATO

REGOLAMENTO

DESTINATARI:	Lavoratori e lavoratrici agricoli contribuenti dell'Ente Bilaterale che abbiano percepito un'indennità di malattia
TIPOLOGIA DELL'INDENNITA':	Integrazione contrattuale in aggiunta a quanto già corrisposto dall'INPS o anticipato in busta paga per conto INPS agli OTI
MISURA DELL'INDENNITA':	100% della retribuzione tabellare prevista per la qualifica del lavoratore Per i primi 3 giorni di carenza viene riconosciuta una indennità dell'100% della retribuzione tabellare prevista per la qualifica del lavoratore. La prestazione di AGRIBI è un'integrazione di quanto erogato dall'INPS, pertanto interviene per i periodi di malattia paria o superiori ai 4 giorni.
DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE AL MODULO DI RICHIESTA:	Copia carta identità del dichiarante Operai a tempo indeterminato: copia del certificato rilasciato dal medico e copia della busta paga comprendente l'anticipo della liquidazione dell'indennità a carico INPS; Operai a tempo determinato: tagliando di pagamento dell'INPS dal quale risulta il periodo e i giorni indennizzati dall'INPS e copia della busta paga riferita al mese dell'evento
CONDIZIONI PER RICHIEDERE IL SERVIZIO:	Presentazione richiesta entro il 31 marzo dell'anno successivo all'evento. Nell'eventualità in cui il lavoratore percepisca dagli Istituti Previdenziali l'indennità relativa all'anno precedente dopo il 31 gennaio, la domanda andrà presentata entro 90 giorni dalla liquidazione della stessa. Le richieste possono essere inviate per mail, raccomandata o consegnate a mano Azienda in regola con i versamenti all'Ente Bilaterale, secondo le aliquote previste dal Contratto Integrativo Provinciale