

**CASSA INTEGRAZIONE MALATTIE ASSISTENZE AGR. VARIE**  
**C.I.M.A.A.V. – Via degli Orti, 44 – 40137 Bologna – 051/62.30.733**

Oggetto: **Indennità integrativa malattia/infortunio/maternità**

Il /la sottoscritto/a.....nato/a.....il.....

Domiciliato/a .....CAP ..... Via .....

Codice Fiscale ..... N°. Telefono .....

**Stato Civile**.....**Codice Fiscale coniuge**.....

**BANCA**..... **IBAN**.....

Operaio/a Agricolo/a presso l'**Azienda Agr.** .....

sita in Comune di.....Via.....

*(IMPORTANTE: Qualora non sia chiaramente indicato il datore di lavoro, la pratica non sarà liquidata)*

**Specificare :**      Operaio a tempo determinato ( )                      Operaio a tempo indeterminato ( )

**CHIEDE**

( ) **MATERNITA'** (Quota fissa) .....

( ) L'indennità integrativa **MALATTIA** dal ..... al .....

( ) L'indennità integrativa temporanea **INFORTUNI** dal.....al .....

( ) **CARENZA INFORTUNIO** dal .....al .....

**DOCUMENTI DA ALLEGARE** (in caso di mancanza di documentazione la pratica non sarà liquidata)

**PER TUTTE LE INTEGRAZIONI: FOTOCOPIA BUSTA PAGA precedente l'evento;**

a) *per integrazione malattia: tagliando liquidazione INPS;*

b) *per indennità temporanea integrativa infortunio: tagliando INAIL;*

c) *per integrazione Maternità: certificato di nascita del bambino.*

Data .....

**FIRMA**.....

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.L. n°. 196/03, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il calcolo e la liquidazione dell'indennità integrativa malattia/infortunio/maternità oltre agli altri obblighi di legge previsti a carico della Cassa C.I.M.A.A.V. di Bologna, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati "sensibili" quali ad esempio i dati riferiti all'adesione a sindacati, associazioni ad organizzazioni a carattere sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute. Consento in particolare i dati riguardanti l'eventuale iscrizione sindacale, siano comunicati, sempre per l'adempimento degli scopi istituzionali del C.I.M.A.A.V. agli Enti previdenziali ed assistenziali ed alle Organizzazioni Datoriali e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni. Acconsento poi alla comunicazione dei miei dati come precisato nell'informativa resami. Dichiaro inoltre di essere stato esplicitamente informato in merito ai miei diritti di cui all'art. 7 del Codice Privacy nonché degli estremi del titolare del trattamento cui rivolgermi per esercitarli.

**FIRMA**

**RICEVUTA**

Il/La Sig./ra ..... ha presentato domanda di  
 Integrazione Indennità Malattia/ Infortunio/Maternità dal .....al .....

Il giorno ..... c/o .....

TIMBRO E FIRMA INCARICATO