Richiesta di Integrazione EBAS
Lavoratori Avventizi (OTD)

LA/IL SOTTOSCRITTA/O

Cognome _____ Nome _____
Luogo di Nascita _____ Prov. |__|__|
Data di nascita ___/___/_____ Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Indirizzo di residenza _____ N. _____
Comune _____ Cap |__|__|__|__|__| Prov. |__|__|

OPERAIO AGRICOLO A TEMPO DETERMINATO PRESSO L'AZIENDA AGRICOLA:

_____

Chiede L'integrazione EBAS prevista dal vigente Contratto Provinciale, per astensione lavorativa dovuta a:

☐ MALATTIA ☐ INFORTUNIO

Inizio evento ___/___/_____ Termine periodo assenza ___/___/_____ *(se ancora in corso indicarlo)*

_____

MODALITA' DI PAGAMENTO RICHIESTA:

☐ ACCREDITO BANCARIO (*Consigliato**) ☐ ASSEGNO CIRCOLARE

*(*Inserire **codice IBAN** nel caso in cui la modalità di pagamento indicata sia l'accredito bancario)*

Data ___/___/_____ ***Firma del lavoratore*** _____

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO

Il sottoscritto _____
Titolare/legale rappresentante dell'Azienda Agricola _____
Sede legale _____ Via _____ N. _____
N. Telefono _____ E-mail _____
☐ Consulente _____
(Barrare la casella se la domanda viene presentata dal consulente per conto del datore di lavoro)

Dichiara sotto la propria responsabilità:

- Di essere in regola con il versamento dei contributi Ebas;
- Che il lavoratore non è assunto tramite voucher, ma risulta regolarmente assunto con contratto a tempo determinato dal ___/___/_____ al ___/___/_____ con la qualifica di:
  ☐ Comune ☐ Qualificato ☐ Super Qualificato ☐ Specializzato ☐ Super Specializzato
- Che la retribuzione aziendale oraria in atto è di € _____ ;
- Che il lavoratore è part time: ☐ SI (Indicare % _____) ☐ NO

Data ___/___/_____ ***Timbro e Firma*** _____

Allego: *in caso di malattia copia certificato rilasciato dal medico*

Riservato all'EBAS:

Il lavoratore ha presentato in data odierna la domanda per la concessione dell'Integrazione prevista dal vigente CIPL.

Sondrio, lì ___/___/_____ ***Timbro e Firma*** _____