

DICHIARAZIONE
della Anzianità di iscrizione alla Cassa Agricola - E.B.A.T.A.F.

A richiesta dell'interessato, Sig. _____,
nato in _____ il _____
e residente in _____ Via _____,
ai fini del diritto alla erogazione delle indennità integrative a carico della Cassa Agricola
E.B.A.T.A.F. delle province di Ascoli Piceno e Fermo, visti gli atti di ufficio, il sottoscritto

titolare/legale rappresentante dell'azienda agricola (*indicare la denominazione esatta come da mod.*
F24 INPS Ex SCAU) _____

_____ corrente nel Comune di _____
località (*via e numero*) _____

Cod. FISCALE dell'Impresa agricola _____

Tel: _____ - E-mail: _____

A T T E S T A

che con il predetto lavoratore sono intercorsi/ sono in corso i seguenti rapporti di lavoro a tempo determinato per svolgere la mansione di operaio agricolo (*):

1) dal _____	al _____	Giorni Lavorati N.	_____
2) dal _____	al _____	Giorni Lavorati N.	_____
3) dal _____	al _____	Giorni Lavorati N.	_____

Per il suddetto la sottoscritta assolve regolarmente agli obblighi di legge per contributi di assistenza e previdenza presso la sede INPS (Ex-SCAU) di ASCOLI PICENO.

Si rilascia la presente in carta libera per gli usi consentiti dalla legge.

(Luogo)

(Data)

Il sottoscritto, sotto la propria personale responsabilità, dichiara che i dati forniti nella presente dichiarazione sono conformi al vero.

(Timbro e Firma dell'Azienda)

Allegati: copia di un valido documento di riconoscimento.

Nota Bene

(*) = per avere diritto alle prestazioni, ai sensi dell'art. 6 del Regolamento E.B.A.T.A.F., il/la lavoratore/lavoratrice, nel periodo precedente la malattia/infortunio, deve aver maturato una anzianità di iscrizione di **almeno 51 giornate lavorative nell'anno in cui è sorto l'evento o nell'anno precedente.**