

# CASSA AGRICOLA - E.B.A.T.A.F.

Ente Bilaterale Agricolo Territoriale delle Province di Ascoli Piceno e Fermo

Via della Tintura, 8 – 63100 Ascoli Piceno - Tel.: 0736/257028 – Fax: 0736/257117 - E-mail: prestazioni@ebataf.it

Codice Fiscale: **80003370444**

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_ Sesso: (M/F) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_

residente nel Comune di (cap e comune) \_\_\_\_\_

in località (via e numero) \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ (1)

nella qualità di (O.T.I./ Salariato Fisso, O.T.D./ Bracciante etc.) \_\_\_\_\_

assente dal lavoro per (indicare se malattia o infortunio) \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_ (indicare giorno, mese, anno)

fa domanda per ottenere il pagamento della indennità giornaliera prevista dall'articolo 4 dello Statuto e dagli articoli 3, 7 e 8 del Regolamento della Cassa agricola (EBATAF) delle Province di Ascoli Piceno e Fermo e chiede che il pagamento venga effettuato a mezzo accredito sul seguente c/c bancario o postale:

(IBAN) \_\_\_\_\_

IT (C.Contr.) \_\_\_\_\_ (CIN) \_\_\_\_\_ (ABI) \_\_\_\_\_ (CAB) \_\_\_\_\_ (C/C di 12 caratteri) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del lavoratore)

## (Per ottenere la liquidazione è necessaria la compilazione di questo quadro)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ [ ] titolare [ ] legale rappresentante (2) della impresa 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: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ (1)

### dichiara che

- con il suddetto lavoratore agricolo [ ] è in corso [ ] è intercorso (2) un rapporto di lavoro [ ] a tempo determinato [ ] a tempo indeterminato (2) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, se il rapporto di lavoro è a Tempo Parziale indicare la percentuale \_\_, \_\_ %, ed è stato regolarmente iscritto all'INPS (Ex SCAU) di Ascoli Piceno e Fermo;
- che per il suddetto lavoratore agricolo vengono regolarmente effettuati i versamenti dei contributi e che l'Azienda è in regola con tutti gli adempimenti contributivi nei confronti della Cassa agricola (EBATAF) delle Province di Ascoli Piceno e Fermo.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma dell'Azienda)

(1) = dato obbligatorio per comunicazioni urgenti inerenti la pratica (2) = crocettare la casella che ricorre

### NOTE per la compilazione e la presentazione

#### DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- 1 - per eventi di **infortunio**: tagliando di saldo o prospetto di liquidazione dell'INAIL
- 2 - per eventi di **malattia O.T.D.**: copia del prospetto di liquidazione della prestazione stampabile dal cassetto previdenziale del cittadino contenente i dati presi a base di calcolo dall'INPS (Pagamenti-Note = R.M.G. e giorni indennizzati)
- 3 - per eventi di **malattia O.T.I.** : copia dei cedolini paga mensili debitamente quietanzati dal lavoratore, copia dei prospetti mensili di liquidazione dell'indennità di malattia c/INPS, copia dei certificati medici di malattia

#### AVVERTENZE:

- 1 - E' obbligatorio compilare tutti i campi del modello e, in mancanza dei dati sopra richiesti o di eventuali allegati non conformi, la Cassa agricola (EBATAF) non potrà dare corso alla liquidazione della pratica finché non verrà regolarizzata la mancanza;
- 2 - per quanto previsto dagli artt.7 e 8 del Regolamento della Cassa agricola (EBATAF), le domande di integrazione devono essere presentate entro 180 giorni dalla fine del periodo da indennizzare o entro 45 giorni dalla data di riscossione dell'indennità liquidata dall'INPS o dall'INAIL;
- 3 - Attenzione! Leggere e firmare l'informativa / consenso privacy nel retro di questo foglio.

Gentile Utente, qui trovi informazioni sui tuoi dati personali:

#### Perché trattiamo i dati

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che i dati da Lei forniti, ai sensi della legislazione in vigore, vengono trattati per il fine esclusivo della gestione della pratica da Lei presentata ai fini previdenziali presso **la Cassa agricola (EBATAF) di Ascoli P. e Fermo**, che rappresenta il Titolare del trattamento. (ENTE) Il conferimento dei dati, ivi compresi quelli sensibili, ove richiesti dalle procedure di registrazione, contribuzione e corresponsione dei contributi integrativi straordinari, saranno strettamente funzionali alla gestione e all'esecuzione del rapporto tra le aziende, i dipendenti e la Cassa agricola (EBATAF) di Ascoli P. e Fermo, la quale, senza i dati richiesti potrebbe non essere in grado di eseguire la richiesta.

#### Come e in che modo

I dati saranno trattati con modalità e procedure effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici necessari per il fine indicato, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza: i suoi dati potranno essere conosciuti solo da soggetti specificatamente autorizzati a trattarli in qualità di responsabili o incaricati, di volta in volta individuati e coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni.

#### A chi potranno essere comunicati:

- a) alla banca per la liquidazione dei contributi;
- b) ad organismi pubblici o privati per l'espletamento delle attività istituzionali della Cassa agricola (EBATAF) di Ascoli P. e Fermo;
- c) al soggetto competente per gli adempimenti fiscali e previdenziali connessi all'erogazione dei contributi (mod. 770, CUD ecc.).

I suoi dati personali ed aziendali saranno quindi utilizzati, come è a Lei noto, per l'adempimento degli obblighi contrattuali con particolare riferimento al conteggio, l'elaborazione ed il pagamento dei contributi integrativi malattie, infortuni e varie; il compimento di ogni altro adempimento previsto da norme civilistiche, previdenziali, fiscali o da altre disposizioni di legge.

#### Dati particolari

Si fa inoltre presente che la Cassa agricola (EBATAF) di Ascoli P. e Fermo, in occasione delle operazioni di trattamento dei Suoi dati personali ed a seguito di una Sua segnalazione, può venire a conoscenza di dati cosiddetti "**sensibili**", in quanto idonei a rivelare uno stato di salute (certificati relativi ad assenze per malattia, maternità, infortuni ..... ) e/o l'adesione ad un sindacato (assunzione di cariche sindacali) o ad un partito politico. Tali informazioni potranno essere trattate solo per gli adempimenti connessi alla richiesta delle indennità e/o previsti dalla legge. L'Ente, inoltre, potrà rivolgersi ad Enti Pubblici ed ai datori di lavoro per verificare la correttezza e la liceità dei trattamenti.

#### Per quanto tempo e dove

I dati saranno conservati solo per il tempo necessario alle finalità e gli obblighi di conservazione di legge, all'interno dell'UE, nel caso specifico in Italia, presso la sede dell'ENTE.

#### Quali sono i tuoi diritti

In qualità di interessato ha diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati presso l'Ente, di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza e richiederne l'integrazione, l'aggiornamento e/o la rettifica; ha inoltre il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco dei dati qualora trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento e di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo anche a un'autorità di controllo.

#### Modalità di contatto

Ogni richiesta, segnalazione e/o comunicazione, potrà essere inviata al titolare del trattamento **Cassa agricola (EBATAF) di Ascoli P. e Fermo** o al **DPO** incaricato contattabile via e-mail: [prestazioni@ebataf.it](mailto:prestazioni@ebataf.it), tel.: 0736/258052 - fax: 0736/257117 - indirizzo: Via della Tintura, 8 – 63100 ASCOLI PICENO

#### DICHIARAZIONE DI CONSENSO

AFFINCHÉ L'ENTE POSSA TRATTARE I SUOI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE  
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ANCHE PARTICOLARI (artt. 13 GDPR", Reg. UE 679/2016)

Conferma di aver letto e compreso l'Informativa sul trattamento dei propri dati, in quanto necessari per il perseguimento delle finalità istituzionali dell' ENTE, nonché per la comunicazione e diffusione dei dati a soggetti terzi appartenenti alle categorie individuate nella suddetta informativa. Esprime infine esplicito consenso per il trattamento dei dati personali particolari ritenuti "sensibili", nell'ambito delle finalità e secondo le modalità indicate nell'informativa, avendo avuto conoscenza che i dati medesimi possono rientrare nell'ambito di tale categoria.

Cognome e Nome del lavoratore/ della lavoratrice (in stampatello)

[  ] ACCONSENTO [  ] NON ACCONSENTO al trattamento.

In mancanza di tale consenso espresso, l'Ente non potrà dare esecuzione alla richiesta formulata.

Luogo e data \_\_\_\_\_

IL LAVORATORE (firma) \_\_\_\_\_