

# EBAT-F.I.M.I.

Ente Bilaterale Agricolo Territoriale - Fondo Integrazione Malattie e infortuni

Corso Mazzini, 286/B – tel. 0984.23327 Cosenza,

..... 87100 Cosenza

Il sottoscritto ..... nato a

..... Il ..... residente nel

comune di ..... Via ..... n.

..... Cod. Post .....

Chieda che gli venga concesso il contributo integrativo della indennità di malattia / infortunio previsto dal Contratto Collettivo di lavoro degli operai agricoli della provincia di Cosenza.

Dichiara di essere stato regolarmente indennizzato dall' I.N.P.S./I.N.A.I.L. dal ..... al

..... per n. gg .....

Dichiara altresì di avere principalmente prestato la sua opera in qualità di

..... presso le seguenti aziende agricole:

Datore di lavoro Comune ove risiede l'azienda Indirizzo e C.F. del datore di lavoro

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

All'uopo allega alla presente i talloncini o le certificazioni attestanti le liquidazioni ricevute dall' I.N.P.S./I.N.A.I.L.

Firma .....

N.B. Allo scopo di esaminare la domanda stessa si deve allegare fotocopia della denuncia trimestrale mod. DMAG/D presentata dal datore di lavoro all'I.N.P.S. di competenza, relativa all'anno di riferimento, copia codice IBAN se si richiede pagamento sul C/C.....

La domanda va compilata in ogni sua parte in stampatello o con grafia

leggibile. MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZE

Io sottoscritto ..... Nato a

..... Il ..... residente in

..... via ..... n ..... C.F.

..... con il presente atto delego il Patronato

.....

presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'articolo 47 c.c. – a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 della legge 30 Marzo 2001 n° 152 e del D.M. 10/10/08 n° 193 nei confronti dell' EBAT- F.I.M.I – Fondo Integrazione Malattia ed Infortuni per lo svolgimento della pratica di integrazione malattia infortunio dal .....

al ..... Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto

Data .....

Firma ..... Decreto leg. Vo 30/06/2003 n. 196

#### DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto ..... in relazione alla informativa fornita ai sensi dell'art. 13 D. Lg. Vo n. 196/03, esprime il consenso e quindi acconsente al trattamento dei propri dati personali ed aziendali per il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Ente, nonché per la realizzazione delle attività descritte nell'informativa. Esprime altresì il consenso per la comunicazione e diffusione dei dati a soggetti terzi appartenenti alle categorie individuate nella suddetta informativa. Esprime inoltre il suo consenso per il trattamento dei dati personali ritenuti "sensibili", avendo avuto conoscenza che i dati medesimi possono rientrare nell'ambito di tale categoria.

Data .....

Firma .....

### **EBAT-F.I.M.I.**

Il lavoratore ..... ha presentato oggi la domanda datata per la concessione del contributo integrativo previsto dal vigente Contratto Collettivo di lavoro degli operai agricoli relativa al periodo di malattia / infortunio.

Dal ..... al .....

Data .....

## A V V E R T E N Z E

1) Gli aventi diritto alla integrazione malattia e/o infortunio sono:

Operai a tempo indeterminato (OTI - Salari fissi) - Operai a tempo determinato (OTD - braccianti) Compartecipanti  
- Piccoli Coloni che lavorano alle dipendenze di aziende agricole della provincia di Cosenza e all'Ufficio territoriale per le biodiversità della Provincia di Cosenza.

2) La domanda di malattia e/o infortunio deve essere presentata entro il termine di 45 giorni dalla data di liquidazione della  
indennità da parte dell' I.N.P.S. o dell' I.N.A.I.L.

La data presa in considerazione è quella risultante sul talloncino di liquidazione dell'indennità INPS o INAIL.

Il predetto termine è perentorio.

Il talloncino o ricevuta di pagamento dell'indennità, rilasciato dall'Ente assistenziale pubblico competente (INPS - INAIL)  
deve essere consegnato contestualmente alla domanda.

Il periodo di malattia o infortunio in esso riportato è fondamentale per il conteggio delle giornate, indennizzate dall' I.N.P.S.  
o dall' I.N.A.I.L., per le quali corrispondere le integrazioni FIMI.

3) Il contributo integrativo viene concesso per il numero di giornate di malattia e/o di infortunio indennizzate dall' I.N.P.S o  
dall' I.N.A.I.L. fino ad un massimo di 25 gg. per anno solare. Sono escluse le giornate indennizzate per altri settori, da  
altri Enti e l'indennità di maternità.

4) Il contributo integrativo non potrà essere concesso se l'azienda agricola, presso la quale il richiedente ha prestato servizio,  
non ha versato il contributo FIMI riferito all'anno durante il quale si è verificato l'evento di malattia o di infortunio.

5) Per i periodi di malattia o di infortunio che interessano, in modo continuato, due o più anni solari, è preso in considerazione  
l'anno di inizio della infermità e ad esso si applica la normativa descritta.