

MODULO PER DOMANDA PRESTAZIONE AGGIUNTIVA: BORSA DI STUDIO

Il/la sottoscritto/a Sesso ☐ M ☐ F

Codice Fiscale

Nato/a a () il / / Residente a

Frazione Cap Via N.

Indirizzo e-mail Telefono

Banca IBAN per l'accredito in conto corrente

Dichiara di aver prestato la propria attività, durante il periodo per il quale viene richiesta la prestazione presso

l'Azienda Agricola

☐ A TEMPO INDETERMINATO (**OTI**)

☐ A TEMPO DETERMINATO (**OTD**)

In base al Contratto Provinciale di Lavoro per gli operai agricoli e florovivaisti della provincia di Lodi

CHIEDE PRESTAZIONE INTEGRATIVA PER L'ANNO

☐ **PRIMO FIGLIO/A**

Nome e Cognome Nato/a il / / a

ha frequentato la classe/il corso presso

Scuola Superiore ☐ Università ☐ Indirizzo: ☐ Agrario ☐ Classico

☐ **SECONDO FIGLIO/A**

Nome e Cognome Nato/a il / / a

ha frequentato la classe/il corso presso

☐ Scuola Superiore ☐ Università ☐ Indirizzo: ☐ Agrario ☐ Classico

SI ALLEGANO ALLA PRESENTE COPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL LAVORATORE AGRICOLO E DEI FIGLI, BUSTA PAGA RECENTE E IL DOC. DI VALUTAZIONE DELL'ANNO RICHIESTO RILASCIATO DALLA SCUOLA/FACOLTÀ.

Inoltre dichiara sotto la propria responsabilità:

- che il/la proprio/a figlio/a risulta fisicamente a carico;

- che il/la proprio/a figlio/a non ha ripetuto la classe per l'anno in cui viene richiesta la borsa di studio (studenti scuola superiore) o che sia in regola con gli esami (studenti universitari);

DL 196/2003 e GDPR 2016/679 – TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali, ai sensi delle normative di cui sopra, consento al loro trattamento nei limiti necessari al perseguimento degli scopi statuari della Cassa Integrazione Malattia Ente Bilaterale CIMEB di Lodi.

Autorizzo l'Organizzazione Sindacale a trasmettere all'ente bilaterale CIMEB di Lodi la presente richiesta.

Luogo e Data

Timbro e firma dell'Organizzazione Sindacale

Firma del lavoratore