

MODULO PER DOMANDA PRESTAZIONE AGGIUNTIVA: SUPPORTO PER PERDITA INVOLONTARIA DEL POSTO DI LAVORO

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 con qualifica di **OTI** (Operaio a Tempo Indeterminato), fino alla data di cessazione del rapporto di lavoro, presso l'Azienda Agricola .

Data di Cessazione Rapporto il / / .

Il sottoscritto richiede l'accesso alla prestazione aggiuntiva di Supporto per perdita involontaria del posto di lavoro e a tal fine **dichiara** che la cessazione del rapporto di lavoro è avvenuta in modo involontario per la seguente causa:

☐ (**GMO**) – Licenziamento per Giustificato Motivo Oggettivo ☐ (**GC**) - Dimissione per Giusta Causa

Note:

☐ **Richiesta Bonus Famiglia**

Il sottoscritto dichiara di avere nel proprio nucleo familiare il **coniuge** e almeno 2 figli a carico ai fini fiscali.

SI ALLEGANO ALLA PRESENTE COPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL LAVORATORE AGRICOLO, BUSTA PAGA RECENTE, DOCUMENTO DI LICENZIAMENTO/DIMISSIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER FAMILIARI FISICALMENTE A CARICO (SE RICHIESTO BONUS FAMIGLIA).

Inoltre dichiara sotto la propria responsabilità:

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

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